

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Iva Šulcová

Dítě jako motivace k abstinenci u drogově závislých matek

The child as a motivation for abstinence among drug addicted mothers

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12. 12. 2013

Iva Šulcová

.....

Identifikační záznam:

ŠULCOVÁ, Iva. *Dítě jako motivace k abstinenci u drogově závislých matek. [The child as a motivation for abstinence among drug addicted mothers]*. Praha, 2013. 87 stran, 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lence Šťastné za její odborné vedení mé diplomové práce a zároveň za její vstřícný a trpělivý přístup. Také bych velmi ráda poděkovala pracovníkům doléčovacího centra Prevent o. s. v Českých Budějovicích a Sananim o. s., kteří mi umožnili zrealizovat rozhovory s jejich klienty. Samozřejmě také děkuji samotným klientům, kteří se účastnili výzkumu a věnovali mi svůj čas. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině a blízkým za jejich podporu a pomoc při psaní diplomové práce.

Abstrakt diplomové práce:

Východiska: Téma drogové problematiky uživatelék – matek se stává stále více aktuální. Specifičnost ženské skupiny na drogové scéně je dána problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím, rozdílnými biologickými faktory oproti mužům. Odborné poradenství pro ženy a řešením témat, které jsou spojeny s ženskou rolí je pro odborníky nutností. Fenomén matky – uživatelky je vždy nutně spjat s otázkou péči o dítě a následnou abstinencí. Naše odborná i laická společnost má ohledně těhotenství, léčby, abstinence a motivace matek, které jsou závislé na návykových látkách mnoho předsudků a stereotypního chování. Nabízí se tedy otázka, jak skutečnost těhotenství uživatelék – matek ovlivňuje jejich drogovou kariéru a následnou motivaci k abstinenci a setrvání v léčbě.

Cílem této práce je zjistit, zda je dítě motivace k abstinenci a jakou roli hraje otěhotnění v užívání drog ženami.

Metodika: Data byla získána pomocí polostrukturovaného interview, jejichž respondenty byly klientky doléčovacího programu. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Výsledky: Na základě výpovědí respondentek bylo zjištěno, že i když je dítě pasivní motivace k abstinenci, respondentky léčbu z 80% úspěšně dokončí. Dále bylo zjištěno, že i přes zjištěnou graviditu, 80% respondentek pokračovalo v užívání drog.

Doporučení: Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury týkající se drogové problematiky těhotných uživatelék drog, byla navržena následující doporučení práce s touto cílovou skupinou: 1. Zohledňování gender při tvorbě nových a úpravě stávajících služeb. 2. Rozvoj spolupráce adiktologických zařízení a zdravotnických institucí. 3. Zlepšení informovanosti odborného zdravotnického personálu a personálu drogových služeb. 4. Rozvoj citlivého přístupu při práci s těhotnými uživatelkami, nebo matkami užívající drogy.

Klíčová slova: těhotná uživatelka – motivace – abstinenční syndrom novorozence – abstinence - léčba drogově závislých matek – dítě

Abstract of the thesis:

Background: The theme of the drugs problem users - mothers are becoming more and more topical. The specificity of women's groups on the drug scene is given to the problems associated with pregnancy and motherhood , different biological factors compared to men. Expert advice for women and addressing issues that are associated with the feminine role is a must for professionals . The phenomenon of mothers - user is necessarily linked to the issue of child care and subsequent abstinence . Our professional and lay society has regarding pregnancy , treatment, abstinence and motivation of mothers who are drug addicts many prejudices and stereotypical behavior. So the question arises , how the fact of pregnancy users - mothers affects their drug use and subsequent motivation for abstinence and retention in treatment .

The aim of this work is to determine whether the child is the motivation for abstinence and the role of drug use in pregnancy women.

Methods: Data were obtained using a semi-structured interview , the respondents were clients aftercare program . For data analysis using elements of grounded theory.

Results: Based on the statements of the respondents , it was found that even when the child is passive motivation for abstinence , responder treatment of 80 % successfully completed. Furthermore , it was found that despite the determined pregnancy, 80% of respondents continued drug.

Recommendation: Based on the results of research and studying literature related to drug problems in pregnant drug users, was designed following the recommendations of working with this target group: first mainstreaming gender in the development of new and modify existing services., second development cooperation addiction treatment facilities and medical institutions, 3rd Improving information for healthcare professionals and drug services staff, 4th developing a sensitive approach when working with users of a pregnant or mothers who use drugs.

Keywords: pregnant users - motivation - neonatal abstinence syndrome – abstinence - treatment of drug addicts maternal - child

OBSAH

ÚVOD	10
1. CHARAKTERISTIKA POPULACE DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ŽEN.....	11
2. GENDEROVÁ ROLE	12
2.1 ŽENY – MATKY.....	12
2.2 ŽENY – PARTNERKY.....	12
2.3 ANAMNÉZA ŽEN - UŽIVATELEK	13
2.4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U ŽEN - UŽIVATELEK.....	13
2.5 KOMORBIDITA.....	14
3 SITUACE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U ŽEN V ČR	15
4 MEDICÍNSKÝ POHLED	16
4.1 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG V TĚHOTENSTVÍ	16
4.2 POROD TĚHOTNÉ UŽIVATELKY DROG.....	17
4.3 ABSTINENČNÍ SYNDROM NOVOROZENCE	17
4.4 ČASNÉ DŮSLEDKY PŮSOBENÍ DROGY NA NOVOROZENCE.....	18
4.5 KOJENÍ	19
4.6 POZDNÍ DŮSLEDKY PŮSOBENÍ DROGY NA NOVOROZENCE	19
4.7 LÉČBA ZÁVISLOSTI V TĚHOTENSTVÍ	20
5 ADIKTOLOGICKÝ POHLED	24
5.1 TĚHOTNÉ UŽIVATELKY DROG DO ROKU 1989.....	24
5.2 TĚHOTNÉ UŽIVATELKY OD ROKU 1989.....	24
5.3 SYSTÉM PÉČE PRO ZÁVISLÉ MATKY S DĚTMI	25
5.4 LÉČEBNÉ PROGRAMY PRO ZÁVISLÉ MATKY S DĚTMI.....	25
6 SOCIÁLNĚ – PRÁVNÍ POHLED.....	30
6.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PORODNICI S MATKOU UŽIVATELKOU DROG.....	30
6.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S MATKOU UŽIVATELKOU DROG V DENNÍM STACIONÁŘI O. S. SANANIM	31
6.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S MATKOU UŽIVATELKOU DROG V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KARLOV.....	32
7 MOTIVACE	35

7.1	ZDROJE MOTIVACE.....	35
7.2	TYPY A ZPŮSOBY MOTIVACE	35
7.3	MOTIVACE ZÁVISLÉHO CHOVÁNÍ	36
7.4	MOTIVACE K UŽÍVÁNÍ DROGY	37
7.5	VÝVOJ MOTIVACE KLIENTA V LÉČBĚ	38
7.6	MOTIVACE UŽIVATELEK – MATEK S DĚTMI	40
8	CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	44
8.1	HLAVNÍ VÝZKUMNÝ CÍL	44
9	METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT	45
9.1	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	45
9.2	METODY SBĚRU DAT	46
9.3	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	46
10	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	49
11	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	50
11.1	DROGOVÁ KARIÉRA.....	50
11.2	LÉČEBNÝ PROGRAM	50
11.3	ZPŮSOB ŽIVOTA RESPONDENTEK.....	50
11.4	VZDĚLÁNÍ RESPONDENTEK	51
11.5	RODINNÁ SITUACE RESPONDENTEK	51
11.6	RODINNÝ STAV RESPONDENTEK.....	51
11.7	EKONOMICKÁ AKTIVITA RESPONDENTEK	51
12	VÝSLEDKY VÝZKUMU	53
12.1	CÍL 1: POPSAT JEDNOTLIVÉ MOTIVY K ABSTINENCI UŽIVATELEK - MATEK S DĚTMI	53
12.2	CÍL 2: POPSAT MOTIVY, KTERÉ MAJÍ VLIV NA SETRVÁNÍ V LÉČBĚ U UŽIVATELEK S DĚTMI	57
12.3	CÍL 3: POPSAT JAKOU ROLI SEHRÁLO TĚHOTENSTVÍ V DROGOVÉ KARIÉŘE KLIENTEK	61
13	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	66
13.1	OTÁZKA Č. 1: JAKÉ JSOU JEDNOTLIVÉ MOTIVY K ABSTINENCI UŽIVATELEK - MATEK S DĚTMI?	66
13.2	OTÁZKA Č. 2: JAKÉ JSOU JEDNOTLIVÉ MOTIVY, KTERÉ MAJÍ VLIV NA SETRVÁNÍ V LÉČBĚ U UŽIVATELEK – MATEK S DĚTMI?	66

13.3	OTÁZKA Č. 3: JAKOU ROLI SEHRÁLO TĚHOTENSTVÍ V DROGOVÉ KARIÉŘE KLIENTEK?	67
14	DOPORUČENÍ.....	69
15	OMEZENÍ STUDIE A KVALITA DAT	71
16	DISKUZE	72
17	ZÁVĚR.....	78
	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	80
	PŘÍLOHY	86

Úvod

K výběru tématu diplomové práce jsem se inspirovala především díky své stáži na porodnicko–gynekologických odděleních nemocnic. Během tříletého studia porodní asistence jsem měla možnost setkat se u porodu s těhotnými matkami – uživatelkami drog. Diplomovou práci jsem tedy věnovala tématu z oblasti drogové problematiky, které bych se i nadále chtěla věnovat. Oblast drog je stále velmi aktuální a nabízí spoustu témat a prostoru, na které je třeba se zaměřit. Jedním z takových témat je i motivace matek v léčbě ze závislosti na nealkoholových drogách. Fenomén matky – uživatelky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené nás na vědomé i neuvědomované úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni, a proto je třeba se tomuto tématu cíleně věnovat.

Gender otázka se v drogové problematice stává stále více aktuální. Specifičnost ženské skupiny na drogové scéně je dána problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím, rozdílnými biologickými faktory oproti mužům. Nejen v léčbě se odborníci zabývají nutností odborného poradenství pro ženy a řešením témat, které jsou spojeny s ženskou rolí. Vzniká i specifická část služeb pro ženskou klientelu. Ať jsou důvody žen – matek k užívání jakékoliv, vždy je to spojené s otázkou péči o dítě a následnou abstinencí. V mém výzkumu mne zajímalo, zda je dítě motivací k abstinenci a jakou roli hraje otěhotnění v užívání drog ženami. Naše společnost má ohledně žen, které jsou závislé na návykových látkách mnoho předsudků a stereotypního chování. Mojí snahou bylo přistupovat ke každé klientce s čistou myslí bez předsudků a očekávání.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem se věnovala genderovým specifikám žen – uživatelek a definovala některé rozdíly v porovnání s mužskou populací. Dále jsem tuto problematiku pokusila nahlédnout z medicínského, adiktologického a sociálního hlediska, neboť se jedná o multidisciplinární problém a všechny tři instituce v tomto problému nezbytně konfigurují. Na závěr se věnuji motivaci závislého chování matek – uživatelek.

V empirické části se zabývám dítětem jako motivací k abstinenci – zda je dítě důvodem k vyhledání léčebného programu, zda má vliv na setrvání v léčbě klientek a jakou roli sehrává v drogové kariéře klientek.

1. Charakteristika populace drogově závislých žen

Skupina těhotných uživatelék drog vykazuje sociodemografické rozdíly ve srovnání s těhotnými obecně. Zahraniční studie popisují gravidní ženy závislé na opiátech jako mladší, z nižších socioekonomických tříd, s nižším vzděláním, s partnerem, který také bere drogy. Tyto ženy většinou pochází z dysfunkčních rodin, kde se v minulosti rovněž vyskytla závislostní problematika, nebo psychické problémy. Dysfunkční rodinný život se zdá být jako jeden z nejvýznamnějších predispozic k užívání drog, spíše než chudoba. Významným znakem této skupiny žen je také 80% nezaměstnanost (Farrell, 1999). Podle demografických charakteristik v Zuckermanově et al. (1989) studii probíhající v Boston City Hospital bylo 78 % gravidních uživatelék drog svobodných. Podle zkušeností z Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN v Motole je 90 % uživatelék drog svobodných. Průměrná délka abúzu drog v době otěhotnění je u uživatelék pervitinu 3,3 roky a uživatelék heroinu 3,7 let. Nejdelší doba závislosti, která byla v rámci zařízení zaznamenána, byla 10 let. Způsob aplikace je převážně intravenózní. U žen závislých na pervitinu z 60 %, u závislých na heroinu téměř z 90 %. (Binder & Vavřínková, 2007).

2. Genderová role

2.1 Ženy – matky

„Společnost závislou ženu odsuzuje víc než muže – a to v souvislosti s její ženskou rolí ve společnosti. Žena-uživatelka návykových látek má problém s užíváním drog a zároveň zklamala ve své roli matky a ženy. Závislost se ženy často bojí přiznat, protože by jim mohly být odebrány z péče dětí“ (Kotková, 2009, s. 55).

Genderová role ženy je velmi často ve společnosti spojována s rodinným životem a péčí o ostatní. Závislé ženy mívají se svými dětmi většinou jen minimální kontakt. Podíl může mít i negativní zkušenost s vlastní matkou, negativní postoj okolí k drogově závislé matce či nedostačující zajištění sociálních potřeb. O to více ženy - uživatelky vyžadují kontakt se svým partnerem, který je často sám závislý nebo dealer drog. Ženy se tak častěji setkávají s odmítnutím nebo zavržením v důsledku své drogové kariéry ze strany svých rodičů i širší rodiny (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012).

2.2 Ženy – partnerky

Ženy jsou v mnoha oblastech závislé na mužích například finančně. Toto tradiční genderové uspořádání je možné sledovat i v užívání drog. Například věk prvního experimentu s drogou je u žen většinou nižší než u mužů, což může být vysvětleno tím, že ženy mají častěji starší partnery, kteří je dostanou do kontaktu s drogami. Ženy pak mnohdy začnou drogy užívat ve snaze partnerovi pomoci, nebo s ním sdílet společné zážitky a zkušenosti. Frouzová (1996) uvádí, že více než polovina uživatelů dostala svoji první injekci od svého partnera (51 %), zatímco uživatelům jejich partnerka poskytla totéž jen v 10 %. Zajímavá je také tendence, na níž je upozorňováno i ve výzkumech, že ženy, které užívají drogy, častěji vyhledávají partnera, který drogy také užívá. Naopak muži častěji hledají partnerky, které drogy neberou, a mnohdy to vnímají jako způsob vyrovnání se se svou vlastní závislostí (Nepustil et al., 2012).

Jak uvádí Preslová a Maxová (2009, s. 13) *„pokud se partnerka rozhodne k léčbě, vnímají to jako ohrožující. Vědí, že úspěšná léčba znamená mimo jiné opuštění drogové společnosti, a tedy i opuštění partnera užívajícího drogy. Dokážou velice zdatně vyvinout manipulativní tlak a zpracovat ženu tak, že opustí dítě, kvůli kterému*

se rozhodla léčit a volí opět život s drogou. S tímto faktem se setkáváme v posledních letech mnohem častěji než dřív mimo jiné také kvůli rostoucímu počtu otců (uváděných či neuváděných v rodných listech dětí), kteří užívají návykové látky, zatímco dříve byli více zastoupeni otcové - neuživatelé“.

I když na počátku braní drog jsou ženy dokonale emancipované, v jeho průběhu se dostávají do světa, kde nad nimi muži mají moc a ovládají je, stávají se submisivními, bojí se říct svůj názor, chybí jim sebevědomí a jsou využívány svým okolím. Pak zaměňují lásku k partnerovi, dětem či rodičům za závislost na nich. Nejsou schopné žít samostatně, potřebují mít nad sebou autoritu a mít se o koho opřít. Ze změny mají strach (Kotková, 2009).

Matějovská (2007) zkoumala u 63 závislých žen násilí v partnerských vztazích. Výzkum ukázal, že násilí mají ženy bez ohledu na dosažené vzdělání, zaměstnanost, rodinný stav, zkušenost s léčbou. Objevili se u nich všechny formy násilí fyzického, verbálního, psychického, ekonomického. 50 % z tohoto vzorku má zkušenost jen s fyzickým násilím.

U klientek se ve srovnání s ostatní populací setkáváme také ve zvýšené míře se **zneužíváním** na drogové scéně a **prostitucí**, prostřednictvím které si klientky na drogy vydělávají. O této skutečnosti se většinou dozvídáme až na konci terapie, v některých případech vůbec ne, neboť pro klientky je to velmi intimní téma, o kterém mluvit nechtějí a stydí se za něj.

2.3 Anamnéza žen - uživatelék

Jak uvádí Kotková (2009, s. 56) „*podobnost v anamnézách lze sledovat u většiny závislých žen. Opakují se u nich podobné vzorce chování, které zažívaly ve své rodině. Často jako děti návykovou látku odsuzovaly, a přesto v pozdějším věku droze podléhají. Svůj podíl na závislosti má i dědičnost. Závislé ženy jsou často oběťmi psychického i fyzického násilí. Traumata z fyzického násilí, sexuálního a emočního zneužívání řeší užíváním návykové látky. Mají pocit nedostatku lásky v rodině, od partnerů či dětí. Chybí jim semknutost rodiny, pocit bezpečí“.*

2.4 Poruchy příjmu potravy u žen - uživatelék

Dalším závažným problémem jsou dle Kotkové (2009) i poruchy příjmu potravy. „*Souvisí se sebehodnocením v závislosti na vzhledu. Ženy pijí alkohol či berou drogy,*

aby byly hubené. Často se setkáváme s užíváním drog pro anorektický efekt. Uživatelky návykových látek bývají často také bulimičky. Jsou závislé na cyklu přejídání se a vyprazdňování. Rozvoj abúzu návykové látky může často nahradit bulimickou symptomatiku, která se objeví znovu v období abstinence. To pak může vést opět k recidivě abúzu“ (Kotková, 2009, s. 57).

2.5 Komorbidita

Velkým tématem je také například zdravotnictví, které je postavené jako „maskulinní prototyp“. Předepisování léků ženám a mužům se velmi liší. Jde hlavně o léky na spaní a na uklidnění. Například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Tak se vytváří velký počet žen závislých na těchto lécích (Vobořil, 2003).

Ženy závislost také skrývají a často je do péče odborníka přivádějí jiné, zástupné problémy, o kterých hovoří otevřeně. Stěžují si například na psychické potíže, jako jsou deprese, úzkosti, nespavost, nebo je trápí různé tělesné příznaky (Preslová & Maxová, 2009).

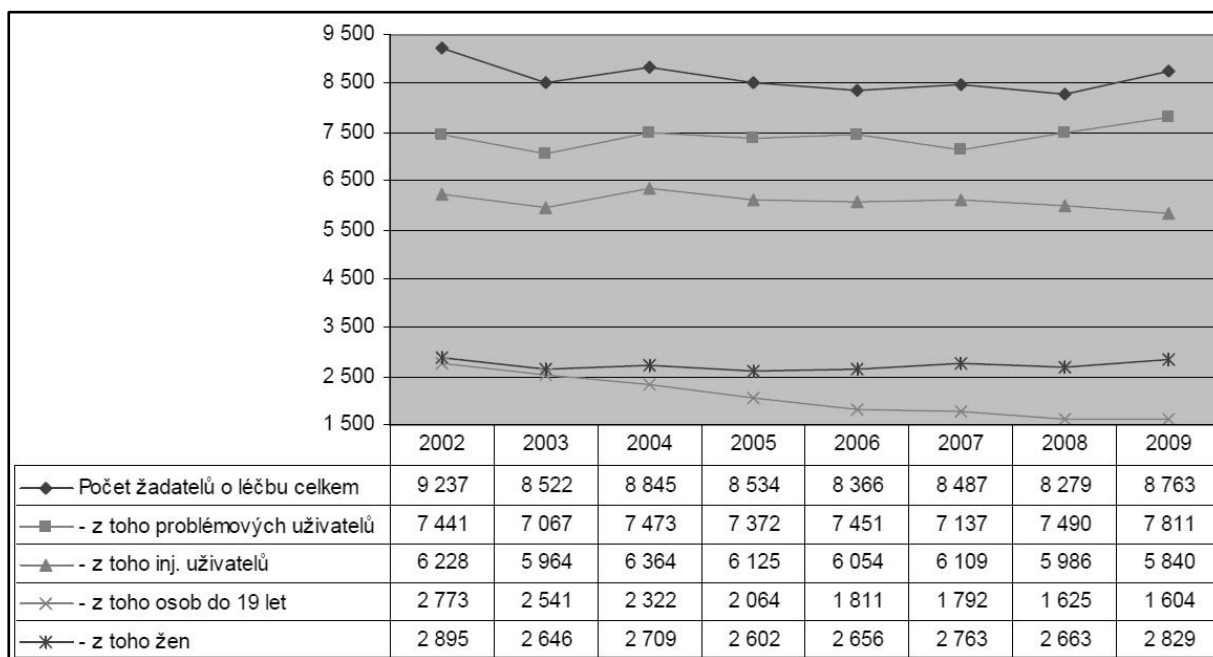
Preslová (2009, s. 12) uvádí, že *„vznik závislosti a průběh užívání je u žen výrazně jiný než u mužů. Závislost u nich vzniká rychleji, po nižších dávkách, mají méně problémů se zákonem, ale zároveň jsou méně často přijímány do terapeutických programů, z kterých častěji předčasně odcházejí. Podle mnoha zahraničních studií jsou léčebné programy více orientovány na muže.“*

3 Situace užívání návykových látek u žen v ČR

Ženy v ČR stabilně tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu - viz obrázek 1 (Mravčík, V. et al., 2010). Genderové rozložení žadatelů o léčbu se dlouhodobě nemění a kopíruje odhadovanou strukturu problémových uživatelů drog v ČR – asi dva muži na jednu ženu (Mravčík, V. et al., 2012). Podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, 2006), se ale v současnosti využívání drogových služeb z hlediska gender vyrovnává.

Situace je však v různých zemích odlišná. Například údaje z Velké Británie vypovídají o tom, že z léčených uživatelů drog tvoří ženy jednu čtvrtinu (NTA, 2010), z nichž většina je matek. Z registru žadatelů o léčbu v ČR vyplývá, že mezi uživateli sedativ a hypnotik tvoří ženy více než polovinu a poměrně vysoký podíl žen je mezi stimulanty (zhruba 36 %), zatímco mezi uživateli opiátů tvoří ženy pouze 29 %. V roce 2009 vzrostl celkový počet problémových uživatelů drog i mezi ženami (Mravčík, V. et al., 2010).

Obrázek 1: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2009 (Mravčík V. et al., 2010)



4 Medicínský pohled

Těhotenství žen – uživatelé bývají neplánovaná a nechtěná. Později nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit (Preslová & Maxová, 2009; Fulcher, 2008). Dle Vobořila (2003), ale stále čelí velkému sociálnímu odsouzení, a to platí i v případě poskytované lékařské péče. Z toho důvodu se bojí vystoupit z anonymity, proto i méně často využívají a vyhledávají léčebné služby. Užívání návykových látek je spojeno také s poruchami menstruačního cyklu – může jít o nepravidelnost či amenorheu (nedostaví se menstruace). Závislé ženy tak často rozpoznají, že jsou těhotné až v pokročilém stádiu těhotenství (Kotková, 2009).

4.1 Důsledky užívání drog v těhotenství

V následujícím přehledu jsou uvedeny návykové látky a jejich vliv na průběh těhotenství, na plod a novorozence. Zvláště jsou pak uvedeny skupiny návykových látek opiátů a stimulancií, jelikož jsou podle Bindera a Vavřínkové (2007) nejčastěji užívanými a nejzávažněji působícími návykovými látkami v těhotenství.

Injekční uživatelé drog patří k nejrizikovějším skupinám vzhledem k riziku přenosu infekcí, zejména hepatitis B, C a HIV. Riziko narůstá s častým sdílením stříkaček a jehel v komunitě. Postupně dochází k rozvoji flebitid, flebotrombóz, endokarditid, plicní hypertenzi a neprůchodnosti v povrchovém žilním systému. Pokud klientka dochází do prenatální poradny, může poškozený periferní žilní systém komplikovat krevní odběry. V těhotenství jsou zvýšené nutriční nároky a drogová závislost je obecně spojena se špatnými dietními návyky. Binder a Vavřínková (2007) prokázali sníženou sérovou hladinu kyseliny listové a ferritinu u žen užívajících kokain, PCP nebo marihuanu. Heroin a kokain mohou způsobit náhlé úmrtí plodu. Nejrizikovější je první trimestr těhotenství (přibližně do 13. týdne), kdy se vytvářejí orgány plodu, které v důsledku užívání drog mohou být poškozené. Day a Sanju (2005) popisují zvýšenou incidenci abrupce placenty, prematurity (předčasný porod) a IUGR (nitroděložní růstové retardace), stejně jako u uživatelé LSD. Užívání kokainu a pervitinu jsou provázeny malnutricí a často hyperpyrexíí (vysoká horečka). Akutní intoxikace stimulancií může vést k preeklampsii (porucha v pozdním těhotenství charakterizovaná zvýšením krevního tlaku, otoky, která může přejít v eklamptický záchvat ohrožující plod udušením) a ovlivňovat funkci trombocytů. V důsledku změn

na buněčných membránách působením kokainu, alkoholu a tabáku dochází k narušení transportu živin v placentě (Day & Sanju, 2005; Binder & Vavřínková, 2007).

4.2 Porod těhotné uživatelky drog

V průběhu porodu je nutné včas odhalit příznaky možné placentární insuficience a hypoxie plodu. Proto jsou porody drogově závislých žen vždy monitorovány kardiokograficky (metoda umožňující sledování děložních stahů a tepovou frekvenci plodu). Například po aplikaci stimulačních drog se mohou objevit poruchy srdečního rytmu plodu a tyto poruchy se pak promítají do kardiokografických záznamů. Často si ženy aplikují svou dávku před příjezdem do porodnice. V jedné zahraniční studii si až 40 % závislých aplikovalo heroin k utlumení porodních bolestí před příjezdem do nemocnice (Blinick, Wallach, Jerez & Ackerman, 1976). U porodu může být problematické zajištění žilního přístupu, je tedy vhodné zavedení kanyly, nebo centrálního žilního katetru co možná nejdříve po příjmu na porodní sál. V průběhu porodu je vhodnější substituce pacientčiny potřeby návykové látky vhodným lékem, neboť nástup abstinčních příznaků redukuje průtok krve dělohou a tím zvyšuje riziko hypoxie plodu. Závislé ženy hůře snášejí bolest, jsou často neklidné, mají vyšší nároky na porodnickou analgezii. V tomto případě je dobrou volbou epidurální analgezie, pokud klientka spolupracuje v době zavádění epidurálního katetru, protože při celkové anestezii může docházet k nesouladu mezi drogami a celkovými anestetiky. Celková anestezie je na místě v případě akutních císařských řezů a u intoxikovaných pacientek. U nespolupracujících pacientek je možné použít opiátová analgetika. Je vhodné vést přirozený porod, indikace k císařskému řezu ze strany plodu se neliší od indikací u pacientek bez drogové závislosti. Barbituráty, PCP a alkohol zvyšují citlivost k anestetikům, zatímco závislost na opiátech vyvolává potřebu vyššího dávkování. Epidurální katetr je doporučeno ponechat i po skončení operace a využívat jej k tlumení pooperačních bolestí (Binder & Vavřínková, 2007).

4.3 Abstinční syndrom novorozence

Abstinční syndrom novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS) se podle Staré (2009) vyskytuje u novorozenců matek užívajících opiáty, stimulancia, kanabinoidy nebo jiné návykové látky a projevuje se řadou příznaků vycházejících z reakce centrální nervové soustavy, gastrointestinálního traktu, respiračních i vegetativních poruch (Stará, 2009). Hodnocení příznaků abstinčního syndromu

novorozence se provádí systémem skórování dle Finneganové, skóre nad 8 bodů už bývá důvodem k podání substituční léčby (Stará, 2009).

Diagnostika abstinenčního syndromu novorozence se podle Staré (2009) skládá ze čtyř důležitých částí:

- **anamnéza matky** – zjištění délky závislosti, druh drogy, čas poslední aplikované látky, popř. substituční léčba,
- **přítomnost klinických příznaků abstinenčního syndromu** – skórování dle Finneganové,
- **toxikologický screening**: a) u novorozence: moč, krev, smolka (v současnosti považováno za nejspolehlivější metodu prokazující expozici drogám ve 2. – 3. trimestru, provádí se pouze ve specializovaných laboratořích), vlasy, tkáň pupečníku; b) u matky: moč, krev,
- **laboratorní vyšetření** slouží k vyloučení jiných onemocnění, které mohou mít podobné příznaky jako abstinenční syndrom, infekcí, obtíží s CNS, metabolických onemocnění a poruch vnitřního prostředí.

Jak uvádí Binder a Vavřínková (2007), **terapie** abstinenčního syndromu je **podpůrná a farmakologická**. Novorozenec s anamnestickým údajem o abúzu matky by měl být zvýšeně sledován a v případě potřeby přeložen na jednotku intenzivní péče. Je třeba vytvořit termoneutrální prostředí, zabránit nadměrnému hluku a osvětlení, minimálně s dítětem manipulovat. Vhodné je časté odsávání nosu, poloha na břiše nebo na pravém boku jako prevence aspirace, krmení dle klinického stavu. K **farmakologické léčbě** se používají opiové nebo morfinové preparáty, ke kterým se řadí například Phenobarbital (analgetikum a antikonvulzivum).

4.4 Časné důsledky působení drogy na novorozence

4.4.1 Opiáty

Hlavním důkazem neuropsychické abnormality je u novorozenců vystavených nitroděložně účinkům opiátů tzv. abstinenční syndrom novorozence. Projevuje se různou intenzitou a dobou nástupu počátečních symptomů. Abstinenční syndrom se objevuje u 50–80 % dětí narozených matkám - heroinistkám, obvykle 48 až 72 hodin po porodu (Stará, 2009).

4.4.2 Stimulancia

Novorozenci vystavení účinkům stimulačních drog vykazují nižší porodní hmotnost, menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny, vyšší relativní riziko výskytu defektů močové a pohlavní soustavy a nižší skóre v neonatálním hodnocení vývoje

ve srovnání s dětmi bez drogové expozice. Tyto děti jeví známky akutního abstinčního syndromu, pro který je typická menší intenzita a kratší trvání, než můžeme pozorovat po opiátech. Někteří autoři mluví o neonatálním neurotoxickém syndromu, nebo o neonatálním neurologickém syndromu. Projevuje se přítomností hypertonu (zvýšené napětí kosterních i hladkých svalů), iritabilitou (zvýšená citlivost, dráždivost), bleskovými reflexy, křečemi, apnoickými pauzami, průjmy. Mohou se vyskytovat poruchy spánku, třes, abnormální zrakové potenciály a abnormální EEG záznam (Binder & Vavřínková, 2007; Day & Sanju, 2005).

4.5 Kojení

Většina návykových látek je rozpustná v tucích, a proto se ve značném množství vylučují do mateřského mléka, což vystavuje novorozence řadě nežádoucích účinků, včetně intoxikace a abstinčního syndromu. Kontraindikací kojení je polymorfní užívání drog, HIV pozitivita, užívání kokainu, cracku a velkých dávek amfetaminů, injekční užívání drog a netypický způsob užívání drog. Je vhodné zabránit kojení dítěte 1 – 2 hodiny po užití jakékoli pouliční drogy, protože se jedná o dobu nejvyšší plazmatické koncentrace drogy.

Ženy, které jsou dobře stabilizovány na nízkých dávkách předepisovaných léků, mohou kojit své děti, protože převažují přínosy kojení nad jeho riziky. Hepatitida typu B a C není rovněž kontraindikací kojení. Matky by měly být poučeny o známkách a příznacích intoxikace a o abstinčním syndromu u dítěte a v případě nutnosti vyhledat lékařskou pomoc. Kojení by nemělo být rovněž náhle přerušeno, protože to může uspíšit abstinční příznaky. Je vhodné postupné snižování frekvence kojení s pomalým zaváděním příkrmů (Day & Sanju, 2005).

4.6 Pozdní důsledky působení drogy na novorozence

4.6.1 Opiáty

Byla prokázána spojitost mezi nitroděložní expozicí opiátům a dlouhodobým vývojovým postižením. Wilson, McCreary, Kean a Baxter (1979) pozorovali ve studii

dětí mezi 3 až 6 lety, které se narodily matkám závislým na heroinu, nižší tělesnou hmotnost a výšku a snížené behaviorální, organizační a percepční schopnosti. Podobný náález publikovali Van Baar a De Graaf (1994) ve své prospektivní studii, která sledovala děti závislých matek do 5,5 roku života. Tyto děti měly nižší IQ a horší jazykové testy než kontrolní skupina, přičemž rozdíly se zvětšovaly se zvyšujícím se věkem. Tyto rozdíly byly méně vyznačeny u dětí, které byly adoptovány, nebo byly svěřeny do pěstounské péče. Zůstává nejasné, zda tyto nálezy mohou být připsány přímému účinku heroinu, nebo zda má rovněž podíl zdravotní stav matky během těhotenství, polymorfní abúzus drog, genetický potenciál nebo pozdější vlivy rodinného prostředí nebo jiné zevní vlivy (Van Baar & De Graaf, 1994).

4.6.2 Stimulancia

Na základě studie, kterou provedl Eisen et al. (1991) jeví tyto děti známky abnormálního chování a prokázalo se, že děti po expozici kokainu mají omezenější návyky a více stresové chování v porovnání s kontrolní skupinou. Četné studie zaznamenaly neurobehaviorální a vývojový deficit u dětí vystavených in utero účinkům stimulačních drog. Další zaznamenané známky intrauterinní expozice jsou zvýšené riziko anomálií srdce a vylučovací a pohlavní soustavy a krvácení do mozku. Během dětství trvá zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte (Eisen et al., 1991).

4.7 Léčba závislosti v těhotenství

Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou

abstinenci těhotné ženy na dobu, kdy ji bude klientka schopna podstoupit. Zahrnuje postupy, kdy je uživatelce pod lékařským dohledem podáván místo drogy opioid v množství, které potlačuje abstinenci příznaky. Odpadají tím i rizika spojená s intravenózním užíváním, neboť většina preparátů je podávána perorální cestou, takže se zároveň zlepšuje i kvalita života uživatele (Binder & Vavřínková, 2007; Kailová, 2009).

Substituční terapie se provádí na specializovaných akreditovaných pracovištích pověřených Ministerstvem zdravotnictví. Diagnózu a indikaci do tohoto zařízení stanovuje lékař s AT atestací (specializace pro léčbu alkoholismu a jiných toxikománií). Substituční terapii můžeme dělit na farmakologickou a nefarmakologickou (Kailová, 2009).

Do **farmakologické léčby** zahrnujeme metadon, Buprenorfin (Subutex®). Užívání substituční látky musí být pravidelné, dávka stabilní. Vhodný čas k případnému vysazení je ve 4. – 6. měsíci těhotenství. Po tomto období by prudké vysazení mohlo vyvolat předčasný porod, nebo potrat (Sananim o. s., 2007).

4.7.1 Metadon

Jak tvrdí Binder a Vavřínková (2007, s. 8), *„pro gravidní uživatelku drog je důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit tak možnost vzniku fetálních abstinenčních příznaků. Vzhledem k tomu, že si musí denně pro metadon docházet, existuje možnost sledovat těhotenství a alespoň částečně je kontrolovat. Dávka metadonu se pohybuje mezi 60 – 150 mg na den. Podává se jednou za 24 hodin“*. Ale i při užívání metadonu dochází k abstinenčnímu syndromu novorozenců. Po porodu se u dítěte objeví většinou druhý až čtvrtý den. Přetrvává několik týdnů až měsíců, závisí to na množství užívaného metadonu. Ohledně kojení při metadonové substituci je v současné době značná nejednotnost (Binder & Vavřínková, 2007).

4.7.2 Buprenorfin (Subutex®)

„Buprenorfin se začal používat jako lék proti bolesti a později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. Je to polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu a díky tomu není intenzita abstinenčních příznaků tak silná, jako by byla při požití antagonistů. Účinek nastupuje ve srovnání s heroinem pomaleji, a to i při i.v. podání a přetrvává i po více než 24 hodinách. Není prokazatelně embryotoxický ani teratogenní. Do mateřského mléka přechází jen v malých koncentracích a jeho obsah v mateřském mléce nevede k odmítání mléka. Novorozenecký abstinenční syndrom je popisován jako mírný a rychle odeznívající. Nastupuje druhý den života“ (Binder & Vavřínková, 2007, s. 9).

V průběhu let 2002 a 2003 se stal Subutex® jednou z nejpopulárnějších drog opiátového typu na našem černém trhu, ve většině drogových scén vytlačil heroin a to i přes to, že účinek Subutexu® je možné charakterizovat jako mírnější ve srovnání s heroinem. Na oblibě užívání Subutexu® se pravděpodobně podílela špatná kvalita heroinu, která od roku 1998 postupně klesá, výpadky v dostupnosti heroinu a dobrá dostupnost léku. Až do září 2003 jej mohl předepsat kterýkoliv lékař, Subutex® byl předepisován na obvyčejné recepty. V současné době musí být Subutex® předepsán

na tzv. opiátové recepty (s modrým pruhem), které podléhají mnohem přísnější kontrole.

Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti i přesto pouze „71 % lékařů poskytujících substituci je registrováno a vždy hlásí pacienty do registru pouze třetina lékařů, kteří substituci poskytují. Nedostatečná kontrola preskripce a výdeje je přitom hlavním faktorem při úniku buprenorfinu na černý trh, který probíhá především jako obchod s malými množstvími tablet mezi jednotlivými uživateli. Dále se vyskytuje obchodování s lékařskými recepty, výměna receptů přímo za tablety“ (Mravčík, V. et al., 2012, s. 64). V ČR bylo v r. 2011 odhadem 4600 problémových injekčních) uživatelů buprenorfinu (viz tabulka 1). Podíl problémových uživatelů drog a problémových uživatelů opiátů, kteří se účastní substituční léčby, byl v r. 2010 odhadnut na 23 %, což pro rok 2011 znamená 2000 až 3000 osob (Mravčík, V. et al., 2012).

Tabulka 1: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2011 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík, V. et al., 2012)

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Hl. m. Praha	10 900	2 200	3 300	5 500	5 400	10 900
Středočeský	2 100	200	500	700	1 450	2 150
Jihočeský	1 300	50	150	150	1 150	1 300
Plzeňský	1 900	350	50	400	1 500	1 850
Karlovarský	1 200	50	0	50	1 150	1 200
Ústecký	6 200	500	450	1 000	5 200	6 200
Liberecký	2 800	< 50	< 50	< 50	2 750	2 700
Královéhradecký	1 100	50	50	100	950	1 050
Pardubický	400	< 50	< 50	50	400	400
Vysočina	600	50	50	50	550	550
Jihomoravský	4 000	1 100	< 50	1 100	2 900	3 700
Olomoucký	3 200	50	0	50	3 150	2 700
Zlínský	2 500	< 50	< 50	< 50	2 500	2 150
Moravskoslezský	2 000	150	< 50	150	1 850	1 750
Celkem ČR	40 200	4 700	4 600	9 300	30 900	38 600

Subutex® má navíc takzvaný stropní efekt – dvojnásobná dávka nemá dvojnásobný účinek, takže nehrozí riziko z předávkování. I když žádná zdravotní pojišťovna nehradí Subutex® jako lék používaný k substituci, je v současné době mnohonásobně levnější než heroin. V lékárně přijde jedno balení asi na 1450 Kč. Na černém trhu stojí dávka Subutex® zhruba 400 - 500 Kč (o víkendu i dvakrát tolik). U heroinu jsou to asi 4 tisíce korun (Karásková, 2012).

Mezi **nefarmakologické způsoby substituční terapie** můžeme zařadit psychoterapii, ambulantní poradenství, včetně preventivních programů, psychosociální poradenství, ošetrovatelské služby, léčbu somatických onemocnění, arteterapie, fyzioterapie, pracovní terapie, poradenství týkající se bydlení, zaměstnání, zvyšování kvalifikace, získávání peněžitých dávek atd. (Kailová, 2009).

5 Adiktologický pohled

5.1 Těhotné uživatelky drog do roku 1989

Do r. 1989 se fenomén užívání drog se příliš nezveřejňoval, jednalo se o společensky nežádoucí faktor. Pokud užívala těhotná žena návykové látky, tak často docházelo k utajení i ze strany blízké rodiny a v blízkém okolí. Rodina i lékaři doporučili umělé přerušování těhotenství, případně bylo dítě po porodu svěřováno rodičům těchto matek, nebo k ústavní výchově. Při umělém přerušování těhotenství uvádí klientky, že dostávaly při operačním výkonu nižší dávky anestetik (zvýšená tolerance), klientky měly bolesti. Dále si stěžovaly na špatné zacházení ze strany zdravotnického personálu. Jednalo se nejčastěji o porušení etiky (Sedláčková, 2001).

5.2 Těhotné uživatelky od roku 1989

Jak uvádí Preslová a Maxová (2009, s. 11), „*problematika těhotných uživatelky drog se nejvíce začala objevovat v devadesátých letech v souvislosti s mateřskou rolí klientek, což se odráží i v širším společenském a sociologickém kontextu*“. Těhotné uživatelky dle Vobořila (2003), ale stále čelí velkému sociálnímu odsouzení, a to platí i v případě poskytované lékařské péče. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který brání ženám vystoupit z anonymity, proto i méně často využívají a vyhledávají léčebné služby. Velkým přínosem a pokrokem v adiktologických službách bylo rozšíření nabídky léčebných možností o ambulantní, stacionární a rezidenční programy. Na několika místech v ČR se dnes tato nabídka i dále rozšiřuje, což svědčí o podpoře těchto služeb, ale i o jejich potřebnosti (Preslová & Maxová, 2009).

V roce 2012 poskytlo v ČR 187 zařízení služby těhotným uživatelkám a matkám po porodu - viz tabulka 2 (Mravčík, V. et al., 2012).

Tabulka 2: Počet zařízení nabízející služby specifickým cílovým skupinám podle Sčítání adiktologických služeb 2012 (Mravčík, V. et al., 2012).

Cílová skupina	Počet zařízení pracujících s cílovou skupinou	Počet zařízení nabízejících speciální program
Injekční uživatelé drog	218	69
Lesby, gayové, bisexuálové a transsexuálové	110	41
Klienti v konfliktu se zákonem	57	29
Těhotné ženy a ženy po porodu, matky s dětmi	187	27
Děti a dospívající mládež	168	19
Komerční sexuální pracovníci	155	19
Patologičtí hráči	194	18
Dospělé ženy	167	18
Senioři nebo starší dospělé osoby	138	15
Uživatelé drog v prostředí zábavy a nočního života	180	6
Etnické a národnostní skupiny	114	6
Migranti a cizinci	153	2
Klienti s komorbidním výskytem duševní poruchy	122	2

5.3 Systém péče pro závislé matky s dětmi

5.3.1 Jak se klientky dostávají do léčebných programů

- Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy možné s ní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji apod.
- Žena bere drogy, porodí dítě, v jehož smolce je záchyt návykové látky, posléze cca do 1 týdne nastupuje abstinenční syndrom novorozence. Z porodnice je pak informován příslušný odbor (OSPOD), který klientce navrhne příslušný léčebný program.
- Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti a na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci).

Informace o léčebných programech se může gravidní uživatelka dozvědět od svých známých či drogově závislých přátel (Sedláčková & Žižková, 2007).

5.4 Léčebné programy pro závislé matky s dětmi

V r. 2001 byly v ČR realizovány čtyři programy pro ženy, matky s dětmi a těhotné ženy zaměřené zejména na stabilizaci sociálního a psychického stavu klientů a na roli matky ve vztahu k dětem, rodině a péči o domácnost.

Příkladem spolupráce se ženami, jejichž život byl ovlivněn návykovými látkami, je jeden z programů organizace Drop in o.p.s. pražské **Centrum pro rodinu**, které je určeno závislým těhotným ženám, ženám, které mají ve své péči dítě, nebo jim bylo

dítě odebráno a jsou připraveny o ně pečovat. Dále nabízí ambulantní léčbu pro závislé ženy s dětmi **Denní stacionář o.s. SANANIM**, velkým přínosem bylo otevření specializované terapeutické komunity pro matky s dětmi (**TK Karlov, o.s. SANANIM**) a návazné péče včetně chráněného bydlení pro tyto klienty v rámci **Doléčovacího centra o. s. SANANIM**. Dále mohou klientky po léčbě využít služeb Pracovní a sociální agentury o.s. SANANIM, kde jim pracovníci pomohou zajistit rekvalifikaci a pomoc při hledání zaměstnání (Binder & Vavřínková, 2007).

5.4.1 Terapeutická komunita

Podle Kratochvíla (2008, s. 7) je terapeutická komunita dále (TK) „*zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví, vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.*“

Kratochvíl (2005) odlišuje TK v širším smyslu – TK jako systém, a v užším smyslu – TK jako metoda. TK v širším smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou formou organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem. TK v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních

problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.

TK Karlov, o.s. SANANIM

Terapeutická komunita Karlov (dále TKK) je zařízení pro střednědobou (mladiství) až dlouhodobou (matky s dětmi) rezidenční léčbu osob závislých na návykových látkách. Je specifickým systémem léčebného zařízení, kde společenství lidí (klienti a terapeuti) a léčebný systém vytvářejí bezpečný prostor pro růst jednotlivých členů – klientů (Nevšímal, 2007).

Jak uvádí Preslová (2011, s. 13), *„základním cílem léčebného programu v terapeutické komunitě je integrace a plnohodnotné zapojení klientky-matky do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence“*. Program také zahrnuje podporu klientčinych rodičovských dovedností, kdy *„přítomnost dítěte léčebný proces specificky proměňuje“* (Hanzal, 2009, s. 23).

Cílová skupinu tvoří těhotné ženy závislé na drogách, drogově závislé matky s dětmi, matky se soudně nařízenou léčbou, matky, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče (v těchto případech je nutný souhlas OSPOD). Věk matky nehraje roli a matka může mít v léčbě jedno či dvě děti.

Klientka během léčby absolvuje skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii, rodinnou terapii v rámci návštěvy rodiny v komunitě, pracovní terapii (vaření, péče o zvířata, zahradu, úklid, praní atd.). Vzdělává se především k odpovědnosti o dítě, vytváří si plán práce s dítětem, v němž ve spolupráci s odborníky hodnotí a plánuje, na co se v péči o dítě zaměřit. Klientka se učí se plánovat a nakládat s financemi a má v rámci léčby možnost sociálního a psychiatrického poradenství. Součástí léčby jsou i zátěžové a zážitkové akce.

Celý program léčby je plně strukturován, je definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klientka z komunity vyloučena (Preslová, 2011).

Na základě výroční zprávy o. s. Sananim z roku 2012 prošlo léčbou v Karlově 75 matek, navíc s matkou také 25 dětí. Téměř 80 % matek, které do TK Karlov s dětmi nastoupí, dokončí úspěšně celý program. Zároveň se během léčby daří diagnostikovat případný opožděný vývoj či zdravotní handicap dítěte, ve kterém se

odráží patologický způsobu života matky. Úspěšně se daří zajišťovat pro děti speciální péči, je-li indikována.

5.4.2 Následná péče, doléčovací programy

„Vymezení následné péče není jednoznačné. Často panuje neshoda, kdy je vlastně následná péče indikována, respektive kdy začíná. Pokud vyjdeme z kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny, a tudíž sem patří intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého.“ (Kuda, 2003, s. 208).

Základním úkolem následné péče pomoci závislému navracejícímu se do „normálního světa“ pomoci vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Právě stabilizace životního stylu se jeví jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislostí. Jak vyplývá z uvedeného vymezení, spektrum indikovaných klientů pro daný typ péče je velmi široké, což klade vysoké nároky na flexibilitu programu. Pro různé typy programů následné péče jsou nezbytná přesně definovaná kritéria přijetí a často i odborná doporučení. V anglosaských zemích se používá slovo „aftercare“ nebo „postcare“, což odpovídá naší následné péči (Kuda, 2003).

Kuda (2003) vymezuje následnou péči takto - smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. Dolečování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu. Dolečování lze chápat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které se ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.

Doléčovací centrum pro matky s dětmi s chráněným bydlením o. s. SANANIM.

Doléčovací centrum (dále jen DC) nabízí možnost účastnit se doléčovacího programu **v ambulantní nebo pobytové formě**, případně **programu podporovaného zaměstnání**. Minimální doba doléčování je vzhledem k náročnosti po stránce sociální a terapeutické stanovena na 6 měsíců, doporučená doba je 12 měsíců a tu využívá většina klientek. Matkám-bývalým uživatelkám návykových látek, včetně kombinace se závislostí na alkoholu a gamblingu, je umožněno také absolvovat program chráněného bydlení společně s dítětem (dětmi), ale musejí

splňovat podmínku ukončené střednědobé nebo dlouhodobé léčby v délce minimálně 3 měsíců (Preslová, 2011).

Cílovou skupinou jsou klientky s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, nebo s kombinovanou závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách, starší 15 let, motivované k dalšímu životu bez návykových látek, které absolvovaly ambulantní nebo pobytovou léčbu a řádně ji ukončily, nebo abstinují od nelegálních drog a alkoholu nejméně 3 měsíce. Léčebný program je také určen pro rodiče, rodinné příslušníky, partnery a děti klientek DC.

Klientkám je v rámci léčebného programu nabízena individuální, skupinová psychoterapie, rodinné a párové poradenství (zvláště v případech, kdy je partnerem také bývalý uživatel drog) a krizová intervence. Klientka se učí pracovat **s prevencí relapsu**, v rámci léčby může získat podporované zaměstnání a pracovní rekvalifikaci (Preslová, 2011).

V současnosti je v doléčovacím programu nejvíce komplikovaná **sociální práce** s matkami-samoživitelkami. Většinu z nich při vstupu do doléčování čeká náročná cesta vedoucí ke svěření dítěte do péče, čehož se daří ve spolupráci se státními institucemi dosahovat. Obtíženějším problémem je zadluženost, kdy se nedaří nárůst dluhů zastavit. Situaci nepomáhá ani obtížná umístitelnost dětí do mateřských škol, což brání matkám jít do práce. A pokud se to podaří, většina z nich dosáhne pouze na podprůměrný výdělek, který nepokryje vysoké životní náklady v Praze. V roce 2012 prošlo léčbou v DC 27 matek, s 33 dětmi (Sananim o. s., 2012).

6 Sociálně – právní pohled

6.1 Sociální práce v porodnici s matkou uživatelkou drog

Narození dítěte rizikové matky hlásí zdravotničtí pracovníci kliniky sociálnímu oddělení. Někdy porod oznámí přímo z porodního sálu, a to v případě, že matka chce hned po porodu odejít, nebo dát dítě k adopci. Často však o těchto ženách informují sociální pracovníci z terénu, tedy z oddělení sociálně právní ochrany dětí, a někdy na matku upozorní pracovníci Sananimu nebo Drop Inu.

Pokud porodí matka závislá na drogách nebo matka v substituční léčbě, sociální pracovnice z porodnice s ní co nejdříve naváže kontakt. Některé ženy po zjištění těhotenství sice zahájí substituční léčbu, ale zároveň nadále užívají drogy. Rozhovor s takovou matkou není jednoduchý, protože je třeba od ní získat co nejpravdivější informace o tom, zda užívala během těhotenství drogy, jaké, jak často a v jakém množství. Ženy užívání často popírají, zlehčují nebo přiznají pouze příležitostné užití, a to teprve tehdy, když jim lékař sdělí, že dítě má výsledky vyšetření na návykové látky pozitivní. Dále se zjišťuje také socioekonomická situace matky - kde a v jakém prostředí bydlí, jestli má pro dítě připravenou základní výbavičku, jestli má dostatečný finanční příjem, jaké je rodinné zázemí, pokud nedocházela do prenatální poradny, tak proč a jestli je ochotná se léčit.

Důležité jsou i informace o otci dítěte. Zjišťuje se, jaký je jeho zájem o matku a dítě, zda je určeno otcovství, zda je uživatelem drog, zda pracuje a zda jsou jeho rodiče ochotni pomáhat. O narození dítěte závislé matky informuje nemocnice sociální pracovníci příslušného oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Ta s matkou projedná situaci, navštíví ji v domácím prostředí, případně kontaktuje příslušníky širší rodiny. Sociální pracovnice nemocnice je s pracovnící OSPODU v kontaktu po celou dobu hospitalizace matky a dítěte. Tato spolupráce je velmi důležitá, neboť jde o vzájemné ověřování a upřesňování získaných informací. S matkou dítěte, případně i s otcem opakovaně jednají jak v terénu, tak v nemocnici. O tom, zda dítě bude propuštěno do péče matky, nebo jiné osoby či zařízení rozhoduje posléze sociální pracovníce OSPODU. Sociální pracovnice nemocnice kontaktuje lékaře gynekologických, psychiatrických či adiktologických ambulancí, případně pracovníky drogových služeb, spolupracuje s dětskými praktickými lékaři, azylovými domy a kojeneckými ústavy.

Doba hospitalizace dětí závislých matek je delší než u zdravých novorozenců. Matka je propuštěna většinou čtvrtý den po porodu, dítě zůstává v nemocnici na pozorování, zda se u něj objeví abstinenční příznaky. Během této doby personál oddělení sleduje, jak často matka za dítětem dochází, zda není pod vlivem návykových látek, jak zvládá péči o dítě, jak se zapojuje i otec dítěte, a o všem informují sociální pracovníci nemocnice. Pokud je to možné, sociální pracovníce a personál oddělení jedná také s širší rodinou matky a otce dítěte. Podpora a dohled příbuzných je v této době velmi důležitý. Ženy, které toto zázemí nemají, častěji selhávají, nezvládají plnit dané povinnosti, přestávají za dítětem docházet a nedaří se jim zajistit potřebné podmínky pro péči o něj po propuštění. Po celou dobu hospitalizace dítěte je matka (případně i otec) vedena k tomu, aby pokračovala v substituční léčbě, nebo ji ihned započala a docházela na terapii. Sociální pracovníce se pak se souhlasem matky v těchto zařízeních informuje o tom, jak její léčba probíhá, kontroluje, jak dodržuje pravidla a jak spolupracuje s terapeuti. V případě, že matka nespolupracovala nebo neprokázala, že je schopna zajistit vhodné podmínky v domácím prostředí, je dítě na základě předběžného opatření přeloženo z nemocnice do kojeneckého ústavu, nebo svěřeno do péče otce nebo jiné příbuzné osoby. Pokud matka požadované předpoklady splnila, je před propuštěním do domácího prostředí přijata na tzv. zácvik. Tento pobyt trvá několik dní a matka se pod dohledem personálu učí, jak správně o dítě pečovat (Schmidtová, 2009).

6.2 Sociální práce s matkou uživatelkou drog v denním stacionáři o. s. Sananim

V první fázi kontaktu klientky s léčebným zařízením, je třeba zjistit, zda si klientka chce dítě nechat, přerušit těhotenství, nebo dát dítě k adopci. Od toho se odvíjí další plán léčby. Pokud dítě již má a prokáže podmínku celodenní řádné péče, indikuje se ambulantní kontakt v denním stacionáři jednou až dvakrát týdně.

Se souhlasem klientky je třeba navázat spolupráci se všemi zainteresovanými institucemi – především je to příslušný **OSPOD, kojenecký ústav a rodina klientky**. Při včasném kontaktu se jedná také přímo **s porodnicí**, kde je matka s dítětem po porodu hospitalizována. Ve spolupráci všech zainteresovaných je třeba dojednat společný plán práce s klientkou, získat souhlas s jejím nástupem do léčby společně s dítětem a podpořit ji. V rámci řešení sociálně-právní problematiky si klientka

v denním stacionáři vyřizuje občanský průkaz, rodný list a kartičku zdravotní pojišťovny vlastní i dítěte, bydlení (azylové bydlení, chráněné bydlení, komunita, podnájem), sociální dávky. Pokud klientka nikdy předtím nepracovala, nemá nárok na dávku peněžitě pomoci v mateřství, ale rovnou na státní sociální podporu (přídavek na dítě, rodičovský příspěvek) a podle výše státní sociální podpory i o dávky hmotné nouze (příspěvek na bydlení, živobytí). Dále se mapuje trestněprávní situaci klientky. V případě uložení obecně prospěšných prací je klientka pracovníky motivována k odpracování, či odložení, v případě trestu odnětí svobody možnost odkladu do 1 roku dítěte. Zjišťuje se výši a stav dluhů, nařízené exekuce. Spolu s klientkou pracovníci sjednají splátkový kalendář dle výše dávek hmotné nouze.

Klientka je maximálně podporována a motivována a pracovníci se snaží, aby si klientka vše co nejvíce vyřizovala samostatně. Postup je rozfázován do malých reálných kroků (Preslová, 2011).

6.3 Sociální práce s matkou uživatelkou drog v terapeutické komunitě Karlov

Před nástupem do léčby musí klientka absolvovat nejprve **ústavní detoxifikaci**. K tomu, aby matka mohla být s dětmi v TK Karlov, není třeba, aby je měla svěřené do vlastní péče – většina matek v TK děti ve vlastní péči nemá, děti jsou zatím na tzv. propustce, kterou vydá příslušný orgán OSPODU. O změnu rozhodnutí o svěření dítěte žádají klientky většinou až po ukončení rezidenční léčby a úspěšném absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu.

S nástupem do TK si klientka vyjedná zasílání rodičovského příspěvku a následně dětského přídavku do TK. Ze svých prostředků si totiž musí hradit veškeré potřeby pro dítě (pleny, hygienické potřeby, náhradní kojenecké mléko apod.). V TK Karlov má zajištěnou stravu, ale přispívá na ni a na ubytování 15 % ze všech svých příjmů. 10 % příjmů si ukládá na tzv. **zdravotní konto** jako rezervu pro různé výdaje na léky a ošetření pro sebe nebo dítě. 25 % příjmů si ukládá na tzv. **konto spoření**, které během pobytu v komunitě nemůže používat a slouží jí pak při odchodu z Karlova k tomu, aby si z něj pořídila chybějící vybavení pro dítě (dětskou postýlku, vaničku apod., které má u nás k dispozici), mohla zaplatit zálohu na budoucí bydlení apod.

Peníze nemá během léčby u sebe, jsou uloženy v kanceláři a klientka musí spolu se svým garantem vypracovat plán, jak s nimi bude hospodařit.

Pokud má klientka trvalé bydliště na městském úřadě, kde si poštu nevyzvedávala, je důležité dojednat dosílku pošty do komunity. Mnohé klientky se obvykle teprve teď, když jim začne chodit pošta, dozvídají, jaké potíže mají s dluhy nebo v trestněprávní oblasti, protože dříve se snažily úřední poště spíš vyhnout a problémy neřešit. Vzhledem k tomu, že klientky mají dluhů většinou mnoho, pracovníci se je snaží naučit, jak situaci řešit. Z počátku jsou přesvědčené, že dluhy není třeba se zabývat, protože je mají už delší dobu a zatím se nic nestalo. Společně jsou tedy probírány varianty toho, co se stát může, když se klientka dluhům věnovat nebude, zda není lepší zjistit, kolik dluží, a začít pomalu splácet. Nejprve se se sociálním pracovníkem domlouvá, jak by se dal zastavit růst dluhů – například pozastavit paušál u mobilního operátora, zmapovat si aktuální výši dluhů u dopravního podniku, zdravotní pojišťovny i u společnosti, od které má půjčku. S pomocí sociálního pracovníka zjišťuje, kde je nutné urgentně splácet, domlouvá si splátky a snaží se vyjednat si jejich realistickou podobu, případně odklad splátek na pozdější dobu (reálná bývá částka 200 až 300 Kč, ale k jejímu prosazení je často nezbytná intervence sociálních pracovníků u společnosti, které klientka dluží). Klientka se učí vést si doklady týkající se dluhů, mít pohromadě kontakty na důležité instituce apod. Také se musí naučit základní dovednostem při zacházení s dluhy a s penězi (co dělat, když nemá na splátky apod.)

Pokud je klientce uložen trest obecně prospěšných prací, který nemůže v TK Karlov vykonávat, pracovníci jí doporučí, aby si u Probační a mediační služby vyjednala odklad roční lhůty, během níž ho musí vykonat, na dobu po léčbě. Dále si klientka ve spolupráci s pracovníky ověřuje, zda nemá uložené i jiné tresty nebo neprobíhá trestní stíhání, o kterém nebyla dostatečně informována, aby se včas mohly podniknout takové kroky, které by například zabránily tomu, aby byla odsouzena k trestu nepodmíněnému.

Pokud péče o děti v komunitě probíhá bez významnějších potíží, je možné ve vyšších fázích léčby jezdit na návštěvy k rodině. Tuto plánovanou návštěvu musí vždy ohlásit OSPODU a počkat, zda jí pro dítě vystaví propustku.

Před ukončením pobytu v TK pomáhají pracovníci klientce podat žádost o sociální byt nebo hledáme jiné možnosti budoucího bydlení. Společně se domlouvají, jak bude pokračovat se splácením dluhů, jak to bude v budoucnu s dětmi. Všem klientkám se rozhodně doporučuje, aby po absolvování Terapeutické komunity Karlov pokračovaly v doléčování. Velká část matek odchází z Karlova do chráněného bydlení Doléčovacího centra SANANIM, kde se na řešení sociálně-právních aspektů navazuje v obdobném duchu a nakonec se podává návrh o svěření dítěte/děti zpátky do péče (Preslová & Maxová, 2009).

7 Motivace

Pojem motivace je v odborných monografiích různými autory definován odlišně. Např. Plháková (2003, s. 319) definuje pojem motivace *„jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.“* Pojem motivace má svůj původ v latinském slovese *movere*, které znamená hýbat.

7.1 Zdroje motivace

Podle Bedrnové a Nového (2007) patří k základním zdrojům motivace: motivy, potřeby, návyky (naučené vzorce chování člověka, opakovaný, fixovaný a zautomatizovaný způsob činnosti člověka v určité situaci), zájmy, hodnoty a hodnotové orientace a ideály.

7.2 Typy a způsoby motivace

Autoři obvykle vydělují tyto typy motivace:

Vnitřní (intrinsická) motivace:

Plháková (2003) ovlivňuje lidské chování a prožívání bez jakékoliv vnější odměny. Vede k aktivitám, které jsou uspokojující samy o sobě. Patří k nim hra, studium, vědecké bádání, umělecká tvorba. Podstatou vnitřní motivace je přirozená lidská tendence vyvolávat novost a rozptýlení, dokazovat si svou schopnost řešit problémy, řídit svůj vlastní život aj.

Nakonečný (1998) intrinsicky-endogenní motivovaná činnost, je taková, která přináší uspokojení sama o sobě.

Hartl a Hartlová (2000, s. 328) „*Motivace vnitřní přicházejíc z organismu, resp. jedince, jako je hlad, žízeň, hladina hormonů, ale též cíl, plán, představa, tužba aj.*“

Vnější (extrinsická) motivace:

Plháková (2003) o vnější motivaci mluvíme tehdy, když jedinec provádí určitou aktivitu kvůli nějaké konkrétní odměně (např. známka, finance).

Nakonečný (1998) vnější motivace přichází zvnějšku jako pobídka (např. finanční odměna).

Hartl a Hartlová (2000, s. 328) „*motivace, která vyvolává denní a roční doba, přítomnost či nepřítomnost jiných lidí a podnětů v okolí.*“

Nevědomá motivace:

Nevědomá motivace vyjadřuje chování, jehož skutečné psychologické příčiny si subjekt není vědom. Chování iniciované nevědomými motivacemi se často označuje jako iracionální. Člověk se domnívá, že zná své důvody svého jednání, že chápe jeho smysl, ve skutečnosti však často neví, proč se rozhodl tak, jak se rozhodl, a důvody jednání, o kterých si myslí, že je zná, jsou někdy jen jeho racionalizací, kterou se brání výčitkám svědomí (Nakonečný, 1997).

7.3 Motivace závislého chování

Motivace je v oblasti léčby závislostí považována za důležitý prvek. Mnoho psychologických publikací nabízí široké spektrum různých definic, které většinou poukazují na vnitřní hnací mechanismy, vliv podnětů, rozhodovací procesy, nebo formu intervenčního procesu, který vede jedince k činnosti (Rotgers, 1999).

7.3.1 Pudy jako motivace

Z historického hlediska je motivace spojována s konceptem pudových mechanismů.

Motivace je považována za obdobu fyziologických potřeb. Organismus je řízen neuspokojivými potřebami. Motivaci můžeme chápat jako proces, nebo vnitřní stav organismu, který jej vede k činnosti a je energetizujícím činitelem chování (Rotgers, 1999).

Pudová teorie týkající se závislého chování se shoduje s pitím pro úlevu a také s jinými psychobiologickými prvky syndromu alkoholové závislosti. Jiný příklad pudové teorie je argument genetické závislosti. Kritici pudového modelu vytýkají, že tento model vidí zdroj chování mimo volní jednání jedince. Užívání drog by tak bylo vyvoláno somatickými příčinami, než vědomou volbou jedince chovat se určitým způsobem (Rotgers, 1999).

7.3.2 Učení jako motivace

Učíme se to, co chceme dělat prostřednictvím toho, že se určitým způsobem chováme a pak zažíváme důsledky svého jednání. Pozitivní a negativní posilování (odstranění negativního podnětu) stejně jako trest formují naše chování, to se týká i užívání drog. Užívání drog, závislost, i tolerance mohou být klasicky podmíněné.

Klasickým příkladem behavioristického přístupu jsou averzivní techniky a techniky ke kontrolovanému pití (Rotgers, 1999).

7.3.3 Rozhodování jako motivace

Existuje množství modelů rozhodovacího procesu. Všechny spojuje myšlenka, že rozhodování zahrnuje vyhodnocování alternativních postupů jednání prostřednictvím posouzení potencionálních pozitivních a negativních aspektů každé volby. Kromě míry atraktivity změny, která koresponduje se skutečnými pokusy o její dosažení, existují ještě další dvě významné psychologické proměnné: nízké sebevědomí a vysoká úroveň osobní nespokojenosti se současným životem. Čím více člověka něco emočně trápí, tím pravděpodobněji se bude angažovat v nějaké činnosti. Emoce jsou hnací silou chování (Rotgers, 1999).

Existují čtyři formy poruch chování řešícího problém, které ovlivňují kvalitu rozhodovacího procesu:

- **nekonfliktní netečnost** - jedinec pokračuje ve stejných reakcích jako doposud, nezhodnotil jiné možnosti,
- **nekonfliktní změna** - jedinec může vnímat alternativní možnost jako prospěšnější než je jeho současná činnost a reaguje podle ní, aniž by zvážil faktory spojené se změnou,
- **obrané vyhýbání** - začne jednat způsobem, které je nevhodné a ohrožující, nevnímá alternativní možnosti jako prospěšnější,
- **nadměrná ostražitost** - domnívá se, že musí reagovat okamžitě. Důsledkem je, že učiní rozhodnutí, aniž by zvážil jeho důsledky nebo jiné, lepší alternativy. Při volbě jedné nebo více poruch zvládání problémů lze očekávat, že člověk pravděpodobně učiní nevhodné rozhodnutí (Rotgers, 1999).

7.4 Motivace k užívání drogy

Důležitou a neodmyslitelnou součástí pro vývoj závislosti je motivace vedoucí k abúzu drogy. Motivů může být jistě podstatně více, pokusím se postihnout alespoň nejčastější (Heller & Pecinovská, 1996).

- **Motivace fyzická** - přání fyzického uspokojení, fyzického uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie, udržet si fyzickou kondici apod.

- **Motivace senzorická** - přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslově sexuální stimulace, popřípadě touha po celkovém posílení vnímání čidly.
- **Motivace emocionální** - uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od špatné nálady, snížení úzkosti, emocionální relaxace.
- **Motivace interpersonální** - přání proniknout interpersonálními bariérami, získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi, především neverbálně, vzdorovat autoritě, posílit vazbu s druhou osobou, uvolnit interpersonální blokády, rozpustit interpersonální závislosti.
- **Motivace sociální** - potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, unikat z obtížných až nesnesitelných podmínek prostředí, měnit společenské vědomí vrstevníků.
- **Motivace politická** - identifikovat se se skupinami protestujícími proti establishmentu, měnit drogovou legislativu, nedodržovat společenská pravidla apod.
- **Motivace intelektuální** - uniknout nudě, dosáhnout intelektuální kurióznosti, řešit umělé problémy, produkovat originální světové ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí apod.
- **Motivace kreativně estetická** - vylepšit uměleckou tvorbu zvýšit prožitek z umění, ovlivnit a rozšířit představivost apod.
- **Motivace filozofická** - objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, nalézat osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět apod.
- **Motivace spirituálně mystická** - vyznávat ortodoxní víru, prosazovat se a vázat se na spirituální náhled, získávat boží vize, komunikovat s bohem, získávat spirituální moc apod.
- **Motivace specifická** - osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky, získat ocenění u určitých osob.

7.5 Vývoj motivace klienta v léčbě

Kalina (2000) uvádí tento vývoj motivace klienta:

1. popírá, že má vůbec nějaké problémy (problémy mají ostatní)
2. připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou

3. připouští, že má problémy s drogou, ale popírá, že potřebuje odbornou pomoc
4. připouští, že potřebuje odbornou pomoc, ale popírá, že potřebuje ten typ léčby či intervence, který mu nabízíme
5. smlouvá a uzavírá obchod
6. pasivně se podrobuje
7. vyvíjí aktivitu s žádostí o pomoc, pomoc přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá nebo za banality - cítí se zraněn, nevytváří-li se kolem něj příhodné podmínky pro jeho úsilí (testování)
8. vyvíjí stále zralejší iniciativu při řešení problémů aktuálních i budoucích.

Pro pochopení motivace klienta je třeba vždy zvažovat konkrétní osud a zkušenost člověka. Z obecného hlediska lze rozlišit čtyři úrovně motivačních faktorů (Miovský, 2003):

1. zdravotní a psychické,
2. sociálně-psychické,
3. sociální,
4. trestně-právní.

Tyto úrovně jsou propojeny a nelze je od sebe zcela oddělit. Z hlediska kvality pro potencionální zahájení léčby jsou seřazeny dle významnosti shora dolů. Pokud klientovi není zle, netrpí žádnými zdravotními problémy, bolestmi, psychologickými problémy atd., nemívá obvykle mnoho důvodů se léčit. Důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je moment vnímání a hodnocení problémů. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Rovina, která se od klienta vzdaluje je nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj. čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám, které se ukazují být jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročné na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně (Miovský & Bartošíková, 2003).

7.6 Motivace uživatelé – matek s dětmi

Závislé ženy nebo matky s dětmi dávají přednost ambulantním programům a programům krátkodobým. Pokud vyhledají rezidenční léčbu, jsou to klientky méně zralé, s nízkým pocitem zodpovědnosti za svůj život, s narušeným partnerským vztahem a méně funkčním rodinným zázemím často v kombinaci s jedním rodičem nebo hyperprotektivním rodičem. Jsou to matky, kterým hrozí odebrání dítěte, mají zkušenost s kriminální činností a často soudně nařízenou léčbu v důsledku užívání návykových látek. Motivací je často hrozba odebrání dítěte z péče či naděje získání dítěte zpět do péče, zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro dítě, tlak rodiny popř. partnera, selhání v jiném programu, snaha změnit život, začít pečovat o dítě, hrozící výkon trestu a soudně nařízená léčba (Nevšímal et al., 2007).

Motivace je tak většinou „pasivní“ je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek („*musím, jsem donucena, už nechci zažívat*“), chybí však vnitřní odhodlání skončit se závislostí jako takovou. Často chce dítě získat zpět do péče, vyhnout se trestu, ale problém s drogami řešit nechce. Sociální tlak zapřičiňuje, že klientka se nedokáže otevřeně upřímně léčit. Tento sociální tlak má pozitivní efekt, kdy ze statistiky vyplývá, že pro prvorodičku je dítě o něco větší motivací než pro vícenásobnou matku, pro kterou užívání drog s dítětem je již známá skutečnost. Jak uvádí Preslová (2003, s. 245), „*potvrzuje se, že matky, které jsou po porodu hospitalizovány se svým dítětem, jsou motivovanější k léčení a mají větší zájem o dítě. Je to proto, že tyto ženy ve své původní rodině neměly možnost zažít kvalitní vztah se svou matkou, nebo byly tyto vztahy určitým způsobem narušeny*“.

Ale i „pasivní“ motivace matek, které mají více dětí, účinně napomáhá vstupu do léčby a setrvání v ní. Ale často nestačí na překonávání překážek v komunitě, dodržování pravidel a uskutečňování změn. Úkolem léčby je objevení pozitivních zdrojů. Mezi ně patří např. způsob soužití s dítětem. Je to zdroj sebevědomí a vlastní kompetence. Důležité je však posilovat motivaci vnějším tlakem, uvažovat o navrácení dítěte a aktivnějšího postoje k léčbě (Nevšímal et al., 2007).

Děti narozené závislým matkám jsou ve většině případů odebrány a umístěny, na základě předběžného opatření, buď do ústavní výchovy, nebo jsou dávány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází. Důvodem odebrání dítěte není braní drogy

jako takové, ale celkově nepříznivá socio-kulturní situace matky a ztráta její schopnosti o dítě pečovat (Velemínský, 2008).

7.6.1 Motivy matek - uživatelé

Všechny ženy (matky) dospějí k tomu, že jejich vztah k partnerovi je třeba řešit.

Na skupině svůj vztah označí jako problém, se kterým si samy neumí poradit. Většinou jsou to nesezdané páry s neplánovaným rodičovstvím. Drogy byly ústředním tématem jejich partnerství. Partneři jsou zpravidla uživatelé návykových látek, nebo partneři momentálně ve výkonu trestu. U devadesáti procent matek je partner riziko pro její abstinenci a tedy i pro soužití s dítětem. Motivy destruktivního chování matek, které vedou k soužití s partnerem- uživatelem, tudíž ohrožují její abstinenci a zvyšují riziko relapsu. V mnoha případech matka stále doufá, že partner se polepší a začne nový „čistý“ život. Naivně si myslí, že narozením dítěte se partner automaticky změní. Dominantní partneři nelibě pocítují ztrátu kontroly nad ženou a snaží se svoji pozici získat zpět. Když se partnerka k němu vrátí, začne ji znovu využívat, nebo ji citově vydírat a vyvolávat v ní pocit viny za jejich současnou situaci.

Dalším a nejsilnějším motivem jsou vztahy v rodině, které pocházejí z primární rodiny, kdy pojmají rodinný model jako vzor, nebo nebyla uspokojena základní potřeba přijetí od rodičů, neuskutečnila se separace, anebo byla komplikace ve vztahu s otcem. Matky musí v léčbě podstoupit několik rozhodů, je to proces, který vyžaduje mnoho změn. Nejčastější komplikace změny je ekonomická závislost na partnerovi, nejistota ze změny, stigmatizace společnosti, že uživatelka je matka (Hanzal, 2007).

V Terapeutické komunitě Karlov zjišťovali u 29 klientek ze 100, jaké byly jejich stimuly motivace při vstupu do komunity. Ukázalo se, že motivace klientek je většinou pasivní. Je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek a vnitřní odhodlání skončit se závislostí na drogách tak chybí. Matka toužila dostat dítě zpět do vlastní péče, uniknout výkonu trestu, ale primární problém, přestat brát drogy, řešit nechce. Nechává si staré návyky partnera, známé apod. jako motivaci pro vstup do léčby se ukázala hrozba odebrání dítěte ve 44 %, rázné doporučení sociální pracovníce ve 40 %, další stimul bývá podpora či tlak rodiny ve 13 %, partner minimální vliv pouze ve 3 %. Mezi další motivy patří hrozící výkon trestu, zajištění bydlení, stravy, změna životního stylu a začít pečovat o dítě (Hanzal, 2009).

7.6.2 Práce s motivací matek – uživatelé drog

Motivační rozhovory představují široce použitelnou metodu terapeutické práce v pomáhajících profesích, vytvořenou původně především pro práci s klienty závislými na alkoholu a cigaretách. Jejimi autory jsou William R. Miller a Stephen Rollnick. Metoda zahrnuje kognitivně behaviorální přístupy v psychoterapii a strukturovaném poradenství u uživatelů drog, orientuje se „na klienta“ v duchu rogeriánské terapie. Filosofie motivačního rozhovoru odmítá „černobílý“ - tradiční přístup k motivaci klienta („klient je motivován, nebo ne“) a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivovaní, ale jejich stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a podmínek (Kalina et al., 2008).

Práce s motivací je dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Motivační rozhovor je užitečný nejen při individuální práci s klientem v rámci předléčebného nebo léčebného poradenství, ale je také efektivní součástí práce s rodinami a v doléčování, tj. v nejkritičtějších etapách vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. (Kalina et al., 2008; Lainz, 2010).

Ukazuje se, že tato metoda umožňuje ovlivnit také nižší úroveň motivace. To má význam v případě včasného zahájení léčby, kdy je dobré neodkládat nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci klienta, jak tomu bylo v minulosti na základě tradičního přístupu (Dobiášová, Broža and Kalina, 2008).

Jak bylo řečeno, motivace matek je většinou pasivní, je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek. Miller a Rollnick (2003) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klientkami v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientce, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientčinu vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (nátlak rodiny, OSPODU, úřadů, soudů, apod.).

Je ale třeba dát si pozor na to, abychom klientku rychle „nevyléčili“ a vrátili ji do mateřské role. Můžeme se pak setkat s tím, že klientku kvůli dítěti vlastně přesvědčíme k léčbě dřív, než by k tomu sama došla a vnitřně se rozhodla, což přináší řadu rizik do budoucnosti (Preslová, 2011).

U pasivně motivovaných matek se snažíme objevit **pozitivní zdroje motivace**. Mezi ně patří např. způsob soužití s dítětem. Je to zdroj sebevědomí a vlastní kompetence (Nevšímal, 2007). Matku učíme nácviku výchovných dovedností, v doléčování jsou nabízeny i konzultace s psychologem týkající se výchovy a péče. Podporujeme ji v rozvoji interakcí mezi ní a dítětem. Matka se učí dovednostem spojenými s péčí o dítě, jsou jí doporučeny vhodné hry, hračky a pomůcky, vhodná literatura. Spolu s psychologem zpracovává tzv. individuální plán zaměřený na rozvoj dovedností dítěte v jednotlivých oblastech psychomotorického vývoje včetně orientačního vymezení hlavních vývojových milníků atd. (Preslová, 2011).

Uvědomění si svých motivačních zdrojů a posilování vlastní motivace – **sebemotivace** vede ke zdravému způsobu života a usnadňuje abstinenci. Řada postupů, které se používají např. ke zvládnutí bažení, pracuje s motivací (např. uvědomit si negativní důsledky recidivy, nepříjemné minulé zážitky související s návykovým chováním, uvědomit si výhody abstinence a myslet na své zdraví).

Při sebemotivaci je důležité dávat si spíše krátkodobé a dosažitelné cíle (nebo dlouhodobé cíle rozložit do dílčích relativně dosažitelných kroků). Sebemotivaci lze spojit i s posilováním žádoucího chování. Tak se pacient může naučit sám sebe odměňovat po zvládnutí krize oblíbeným jídlem, pochvalou, pěstováním nějaké oblíbené záliby apod. (Nešpor, 2007).

Při práci s drogově závislými ženami se setkáváme s řadou předsudků a postojů daných specifikou této klientely. Jedná se například o názor, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivována k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti a že tato žena se nebude schopna starat o dítě ani v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené atd. Tyto zobecňující postoje nacházíme u odborníků řady blízkých profesí (Preslová, 2003).

Pro terapeuta bývá často těžké a velmi osobní mluvit s těhotnou klientkou nebo s matkou o tom, že lze dítě v nějaké formě i nechtít, odmítat a opustit, mluvit s ní např. o adopci, případně potratu, a přitom být pouze průvodcem a nekládat svá řešení a přesvědčení (Preslová, 2011).

8 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

8.1 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, zda je dítě motivace k abstinenci a jakou roli hraje otěhotnění v užívání drog ženami.

8.1.1 Dílčí výzkumné cíle a výzkumné otázky

Cíl 1: Popsat jednotlivé motivy k abstinenci uživatelék – matek s dětmi.

VO 1: Jaké jsou jednotlivé motivy k abstinenci uživatelék - matek s dětmi?

Cíl 2: Popsat motivy, které mají vliv na setrvání v léčbě uživatelék s dětmi.

VO 2: Jaké motivy mají vliv na setrvání v léčbě u uživatelék s dětmi?

Cíl 3: Popsat, jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek.

VO 3: Jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek?

9 Metody sběru a analýzy dat

9.1 Výběr Výzkumného souboru

Kritéria zařazení respondentů do studie byla následující: žena - uživatelka, dlouhodobé užívání nealkoholových drog, nynější abstinence a docházení do léčebného programu. Kritérium abstinence a léčování bylo zvoleno z důvodu snadnější dostupnosti a vyhledání výzkumného souboru.

Výběr výzkumného souboru proběhl nejdříve metodou **záměrného účelového výběru přes instituce**, následně byla použita metoda **Sněhové koule (Snowball Sampling)**.

Metoda záměrného účelového výběru přes instituce patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu, a jak píše Miovský (2006, s. 138), je v tomto případě nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru.

„Metoda sněhové koule, je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria (např. že jsou „současnými uživateli kokainu“). Je s nimi provedeno interview, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osoby, které znají a které rovněž splňují příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt. S těmito kandidáty je následně provedeno interview a celý proces se opakuje“ (Hartnoll et al., 2003, s. 19). Výběrový soubor se tak rozrůstá prostřednictvím napojení se na sociální kontakty a sítě uživatelů drog.

V případě této studie začal proces u dvou jasně definovaných respondentek, které splňovaly daná kritéria pro zařazení do výzkumu, bylo provedeno interview, při němž byly požádány, *„aby nominovaly další osoby, které znají a které rovněž splňují kritéria, aby zprostředkovaly s těmito osobami kontakt“* (Hartnoll et al., 2003, s. 19).

Bylo osloveno celkem 10 respondentek a bylo tedy realizováno 10 výzkumných rozhovorů.

9.2 Metody sběru dat

Pro účel tohoto výzkumu byl zvolen jako nástroj získávání dat **polostrukturované interview**.

Polostrukturované interview je to metoda, kdy si výzkumník vytvoří okruh otázek, na které se bude ptát (viz příloha 1). Pořadí otázek může zaměřovat a přizpůsobit, aby mohl v průběhu rozhovoru pružně reagovat na nově objevená témata a zajímavosti, které pomohou lépe odpovědět na výzkumné otázky a rozhovor obohatí (Miovský, 2006).

Výhodou polostrukturovaného interview je možnost pokládat doplňující otázky a dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při plně strukturovaném interview (Miovský, 2006) a možnost reflektovat i neverbální projevy respondenta (výraz tváře, výška hlasu, postavení těla a odmlky v průběhu interview). Naopak nevýhodou může být zkreslení, nebo chybná interpretace odpovědí respondenta výzkumníkem a lživé odpovědi respondenta (nedůvěra respondenta k výzkumníkovi).

9.3 Analýza získaných dat

Příprava dat k analýze spočívala nejdříve ve fixaci dat pomocí audiozáznamu. Dle Miovského (2006, s. 197) má tento způsob *„nespornou výhodu v komplexnosti záznamu a v jeho autentičnosti“*. Pro převedení dat do textové podoby byla použita metoda transkripce. Došlo tak k první redukci dat, protože z audiozáznamu nelze zaznamenat vše. Pro zpřesnění transkripce byla použita technika *„kontrola transkripce opakovaným poslechem“* (Miovský, 2006, s. 207).

Následovala redukce prvního řádu, kdy z textu byly odstraněny například nedokončené věty, výpovědi, které se opakovaly, nevztahovaly se k výzkumnému tématu, nebo dle Miovského (2010, s. 210) *„vynechání částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci“*.

V případě tohoto výzkumu byly použity prvky **zakotvené teorie**.

„Jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávána odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat (interview, existující dokumenty, pozorování, kvalifikovaný odhad apod.), ale současně využívat různých přístupů v samotné

analýze. Jednou z jejích dalších významných výhod je její plasticnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle našich potřeb a předmětu výzkumu. Díky tomu není zakotvená teorie rigidním, ale velmi živým a tvůrčím výzkumným nástrojem“ (Miovský, 2006, s. 226). Postup je spjat se jmény amerických sociologů B. Glasera a A. Strausse.

Corbinová a Strauss (1999) uvádí, že existují tři základní prvky zakotvené teorie: **údaje, kategorie a teorie.**

Údaje (teoretické pojmy), jsou základními jednotkami analýzy, pojmová označení přidělená jednotlivým událostem, případům a jiným výskytům jevu. Je možné „hrubé“ údaje spočítat, ale není snadné o nich mluvit, nebo je uvádět do vztahů, takže konceptualizace údajů je prvním krokem analýzy. Rozebráním a konceptualizací máme na mysli rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména, podle toho, co daný jev reprezentuje. Klademe si o každém jevu otázku typu: Co to je? Co to reprezentuje? Postupně porovnáváme případ s případem, takže podobným jevům mohou být přidělena stejná jména.

Kategorie Je třída pojmů. Tato třída je objevena, když se při vzájemném porovnávání pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – pod abstraktnější pojem nazývaný kategorie. Jev reprezentovaný určitou kategorií dostane také pojmové označení, ovšem toto označení by mělo být abstraktnější, než jména pojmů, které jsou v této kategorii uskupeny. Kategorie mají určitý pojmový rozsah, který určuje skupiny pojmů (subkategorie) pod danou kategorií.

Teorie vzniká určením hlavní kategorie, která je spojena na široké úrovni pojmů, vlastností a dimenzí. Teorie se ověřují podle údajů a dokončí procesem zakotvení.

9.3.1 Kódování

Kódování je podle Corbinové a Strausse (1999, s. 39) „*operace, pomocí které jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů* (s. 39) *a liší se podle typu výcviku, množství skutečností a cílů badatele“* (s. 12).

Jak uvádí Miovský (2006, s. 228), je „**otevřené kódování první fází procesu. Významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy,**

pocity, soudy, atd.) Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu“ (s. 228).

Při **Axiálním kódování** nacházíme nové vazby mezi vzniklými kategoriemi a subkategoriemi. Pokračujeme v jejich dalším rozvíjení a zabýváme se jejich kontextem, nacházíme a popisujeme, v jakém vzájemném vztahu jsou.

Selektivní kódování je proces, kdy po výběru centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi (Miovský, 2006).

Ve výzkumu byly nejprve navrženy koncepty a pomocí metody otevřeného kódování identifikovány jednotlivé kategorie, jakožto základní jednotky analýzy. Na závěr analýzy dat byly metodou selektivního kódování vybrány centrální kategorie, které byly uvedeny do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi.

10 Etické aspekty výzkumu

Miovský (2006, s. 277) uvádí, že „o etických pravidlech a normách je třeba uvažovat ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem, ochrana účastníků výzkumu, ochrana výzkumníků.“

Vzhledem k tomu, že výzkum byl vždy realizován ve známém a bezpečném prostředí respondentů, kde bylo zabezpečeno soukromí (v místnostech doléčovacího centra, nebo azylového domu), byl výzkumník a zároveň účastníci výzkumu v bezpečí chráněné instituce. Účastníci výzkumu byli dále chráněni tak, že byli ujištěni o anonymitě dat a výpovědí a s každým respondentem byl před zahájením rozhovoru ústně uzavřen informovaný souhlas, jenž obsahoval informace o studii a jejím účelu a o možnosti nahrávání interview. Participace na výzkumu byla zcela dobrovolná a jeho účastníci ho mohli v jeho průběhu kdykoliv přerušit. Záměnou jmen byla data zabezpečena tak, aby nedošlo k újmě klientů a osob, s kterými výzkum bezprostředně souvisel. Data nebudou poskytována dalším osobám, ani institucím.

11 Popis výzkumného souboru

Během měsíce července a srpna roku 2012 bylo provedeno celkem 10 rozhovorů s klientkami doléčovacího zařízení v Praze a Českých Budějovicích. Respondentky byly ve věku 26 – 38 let, jejich průměrný věk je tedy 31, 6 let. Všechny respondentky jsou české národnosti.

11.1 Drogová kariéra

První užitou drogou byla ve výzkumném souboru nejčastěji marihuana (5 respondentek), druhou nejčastější iniciační drogou byly tripy a extáze (2 respondentky). S jinou návykovou látkou jako iniciační drogou zahájily svoji drogovou kariéru 3 respondentky. Věk prvního experimentování s drogami se pohyboval okolo 16 let, což lze považovat za určité období experimentování s drogami. Přehled užívaných drog respondentkami ukazuje tabulka 3. Průměrná délka závislosti respondentek se pohybuje okolo 11 let.

11.2 Léčebný program

9 respondentek absolvovalo léčbu v terapeutické komunitě Karlov, v průměrné délce 9 měsíců, z toho 2 respondentky léčbu předčasně ukončily.

4 respondentky se léčily již opakovaně v psychiatrické léčebně, v průměrné délce léčby 3 měsíce, z toho 2 respondentky ještě v terapeutické komunitě. 1 respondentka docházela v rámci léčby ambulantně do denního stacionáře v délce 4 měsíců. Všechny uvedené respondentky se léčily s diagnózou závislosti na pervitinu, nebo opiátech.

11.3 Způsob života respondentek

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky jsou v doléčovacím programu, mají zároveň možnost využívat i program chráněného bydlení (3 respondentky). 7 respondentek využívá doléčovací program formou ambulantní péče a mají zajištěné bydlení mimo doléčovací centrum. 2 respondentky mají pronajatý vlastní byt a bydlí s partnerem, 1 respondentka bydlí s otcem (zemřela jí matka) a 2 respondentky bydlí mimo Prahu na venkově. Další 2 respondentky využívají možnost bydlení v azylovém domě.

11.4 Vzdělání respondentek

5 respondentek má základní vzdělání, vzhledem k začátku drogové kariéry na střední škole nedokončily střední stupeň vzdělání. 2 respondentky mají střední vzdělání s maturitou, 3 respondentky střední vzdělání s výučním listem.

11.5 Rodinná situace respondentek

6 respondentek má 1 dítě ve své péči. 2 respondentky mají 2 děti, přičemž jedno z nich je v náhradní rodinné péči. 1 respondentka má děti 4, v péči má pouze 2 děti a další 2 se snaží do péče opět získat. Další respondentka má děti 3, ale pouze 1 ve své péči, s ostatními dvěma dětmi je v kontaktu skrz nové rodiče.

1 respondentka se čtyřikrát rozhodla pro umělé přerušování těhotenství díky užívání drog, 1 respondentka jedenkrát a 1 respondentka dala své dítě hned po porodu k adopci.

11.6 Rodinný stav respondentek

V rámci výzkumu bylo také zjišťováno, zda mají respondentky v současné době partnera a zda je podporuje v abstinenci. 6 respondentek má v současné době partnera, z toho u 4 respondentek je to bývalý uživatel drog, s kterým se seznámily v léčebném programu a nyní spolu úspěšně abstinují. 1 respondentka je rozvedená, 1 respondentka stále vdaná a ostatní respondentky jsou svobodné.

11.7 Ekonomická aktivita respondentek

6 respondentek bylo během výzkumného šetření na mateřské dovolené a byly bez práce. 4 respondentky měly děti již umístěné ve školce, mohly proto vykonávat příležitostné brigády, ale vzhledem k jejich nízkému vzdělání a nedostatkem praxe, nemohou na trhu práce sehnat uplatnění. Dobrá zpráva je, že 2 respondentky měly stále zaměstnání. Popis výzkumného souboru shrnuje tabulka 3.

Tabulka 3 Popis výzkumného souboru

R	Věk	Užívané návykové látky	Doba užívání	Počet léčebných programů	Vzdělání
R1	28	Pervitin	9 let	1 (ukončen řádně)	Základní
R2	36	Pervitin	18 let	1(nedokončen)	Základní
R3	38	THC, pervitin	8 let	1 (ukončen řádně)	Základní
R4	26	Heroin, Subutex® , pervitin	9 let	3 (1 řádně ukončen)	Střední s maturitou
R5	34	Alkohol, pervitin	10 let	3 (ukončeny řádně)	Střední odborné s výučním listem
R6	32	Heroin, pervitin	13 let	2 (1 ukončen řádně)	Střední s maturitou
R7	29	THC, extáze, pervitin, braun	12 let	1(nedokončen)	Střední odborné s výučním listem
R8	30	THC, pervitin, heroin , Subutex®	10 let	1 (řádně ukončen)	Střední odborné s výučním listem
R9	33	THC, LSD, prášky na spaní, heroin, pervitin	10 let	1 (ukončen řádně)	Základní
R10	30	Pervitin	10 let	2 (1 ukončen řádně)	Základní

Poznámka: U užívané návykové látky je vždy tučně zvýrazněna hlavní droga.

R	Rodinná situace	Způsob života	Ekonomická aktivita
R1	Svobodná (1 dítě)	Chráněné bydlení	Ekonomicky aktivní - příležitostné brigády
R2	Svobodná (2 děti), partner	Statek na venkově	Ekonomicky aktivní - příležitostné brigády
R3	Rozvedená (4 děti)	Chráněné bydlení	Ekonomicky neaktivní - MD
R4	Svobodná (1 dítě), partner	Chráněné bydlení	Ekonomicky neaktivní - MD
R5	Svobodná (1 dítě)	Bydlí s rodiči	Ekonomicky aktivní - stálé zaměstnání, příležitostné brigády
R6	Svobodná (1 dítě), žije s partnerem	Azylový dům	Ekonomicky neaktivní - MD
R7	Svobodná (1 dítě)	Azylový dům	Ekonomicky neaktivní - MD
R8	Svobodná (1 dítě), žije s partnerem	Vlastní byt	Ekonomicky neaktivní - MD
R9	Svobodná (2 děti)	Chata rodičů	Ekonomicky aktivní - stálé zaměstnání
R10	Vdaná (3 děti), žije s partnerem	Vlastní byt	Ekonomicky neaktivní - MD

12 Výsledky výzkumu

12.1 Cíl 1: Popsat jednotlivé motivy k abstinenci uživatelů - matek s dětmi

Abychom odpověděli na výše položený cíl, bylo třeba nejdříve zjistit, co bylo u uživatelů s dětmi **důvodem přestat brát drogy**. Odpovědi respondentek se velmi lišily a některé uvedly i více okolností, například rodina, dítě, OSPOD: „*nedalo se to psychicky zvládat - rodina, na klukovi to bylo vidět, když se ráno vzbudil a viděl mě, jak vypadám, byl na mě zlej. Chodila jsem na testy moče do Arkády a podváděla, takže sociálka na krku. Nechtěla jsem o kluka přijít.*“ Pro jednu respondentku bylo motivem úmrtí psa, kvůli kterému nemohla předtím nastoupit do léčby: „*řekla jsem si do třiceti a dost! A pak se to nějak vyvinulo, že mi umřel pes a pak jsem během dvaceti čtyř hodin otěhotněla a už byla rozhodnutá, že končím. Čekala jsem, až se narodí Eliška a během té doby jsem si zařídila detox a Karlov*“. Náhlá událost v rodině motivovala k abstinenci respondentku 5: „*otec měl předběžný opatření, že bude mít Káju ve své péči a máma v té době umírala, tak jsem se rozhodla pro další léčbu*“.

V polostrukturovaném interview bylo mapováno, co respondentky motivovalo/ nemotivovalo k abstinenci. U každé respondentky bylo možné zaznamenat vždy více odpovědí. Jedná se o tyto kategorie:

Tabulka 4 Motivátory/ demotivátory k abstinenci

Kategorie	Celkem
Hrozba soudního odebrání dítěte/ soudní odebrání dítěte	7
Bydlení na ulici	2
Chování dítěte	1
Špatný fyzický stav (vyčerpání, únava, neschopnost postarat se o dítě)	2
Událost vnímaná jako významná ztráta (úmrtí matka, pes)	2
Rozhodnutí abstinovat v těhotenství	3
Věk, stanovení hranic	1
Partner	9
Zaměstnání	5
Zdravotní komplikace	9

Hrozba soudního odebrání dítěte / soudní odebrání dítěte

7 respondentek přestalo primárně brát drogy kvůli **OSPODU** (hrozilo soudní odebrání dítěte). Například: „Měla jsem docházet ambulantně do kotce, ale protože jsem tam nechodila, tak sociálka dělala namátkové kontroly u nás doma. Dělali mi testy. Jednou jsem je měla pozitivní, podruhé zase ne. V lednici jsem měla třeba jeden jogurt“.

„Pak mi odebrali děti a dali je do Delfínku. Okamžitě jsem šla do kotce za sociálkou s tím, že chci do léčby a řekla si už dost! Na léčbu v Karlově jsem čekala šest měsíců a ta doba být bez dětí byla hrozná“. Nebo respondentka 6: „Malá se narodila a hned jsem měla sociálku na krku, a že půjde do kojení a já ji uvidím dvakrát týdně. I když mi říkali, že malá je ještě malá a nepotřebuje mě, tak jsem řekla že ne, že si k malý potřebuju vytvořit vztah a bez ní nebudu!“

Partner

Významnou roli v životě žen – uživatelék sehrává bezpochyby jejich **partner**, který je ve většině případů také uživatel drog (9 respondentek): „zlom nastal až když jsem se seznámila s druhým přítelem. Začala jsem si s ním dopisovat, když byl ve vězení a pak už jsem na něj čekala, když ho pouštěli. On ale hodně pil, takže bylo u nás domácí násilí a pak jsem taky zjistila, že občas bere drogy“, nebo samotným dealerem: „v těhotenství jsem přešla na subutex, kterej jsem si kupovala, hlavně z toho důvodu, že zavřeli mýho partnera – dealera“. Při pokusech o abstinenci v těhotenství většina partnerů respondentek pokračovala v užívání drog, a tak se stalo, že po určité době docházelo u respondentek k opětovnému relapsu: „Před otěhotněním jsem 2 roky abstinovala a připravovala se na to, že chci mít dítě. Po celou dobu těhotenství i v průběhu kojení jsem byla čistá, ale jakmile jsem přestala kojít, začala ze dne na den s partnerem, kterej to přinesl domů“. Také se potvrdilo, že jsou respondentky často na svém partnerovi závislé finančně, což jim také brání v abstinenci, i když by samy abstinovat chtěly: „Byla to taková pastička, neměla jsem kam jít, bydlela jsem s přítelem ve stanu a neměla finance jít jinam, osamostatnit se, všechno co vydělal, hned zase utratil za drogy. Držel mě v tom, nepodporoval mě v abstinenci, i když věděl, že jsem těhotná a nechci brát, pořád mi házel klacky pod nohy“.

Zaměstnání

V době drogové kariéry docházely respondenty do **zaměstnání** velmi nepravidelně. Z toho důvodu byly zaměstnány jen krátkodobě a peníze na drogy získávaly především krádežemi u rodičů, v obchodech, nebo prodejem ukradeného zboží, nebo vlastních věcí: *“Vloupala jsem se k našim do ložnice a nevlastnímu tátovi ukradla z firemní peněženky 70 tisíc”*. V některých případech se braní drog podařilo skloubit s pracovním životem: *“Byla jsem provozní tří solárek, měla byt, auto, dobře placenou práci, kamarády, akorát ten chlap mi chyběl...”* Jedna z respondentek si na mateřské dovolené brala práci i domů, aby uživila rodinu: *“Petr nefungoval jako táta, tak jsem po večerech dělala práci, abychom měli aspoň nějaký peníze. Byla jsem z toho strašně unavená a vysílená”*.

Bydlení na ulici

Mnoho uživatelů drog **žije** dlouhodobě **na ulici**, nebo na společných squotech, což je hlavně v zimním období velmi náročné a u jedné respondenty bylo možným důvodem k abstinenci: *„Uvažovala jsem o potratu, ale když mi terapeutka v kontaktním centru řekla, že už jsem dost stará, že bych si to měla rozmyslet a navrhla léčbu v komunitě pro matky s dětmi, řekla jsem si, že by to mohl být dobrý azylák po dlouhý době na ulici“*. Další respondentka se neměla po předčasném odchodu z léčby kam vrátit: *“V Červeňáku jsem se seznámila s otcem Tomáška, vyhodili nás za vztah, vydrželi jsme spolu týden venku a začali zase fetovat. Já jsem znovu otěhotněla, on mě seřezal, tak jsem se vrátila do Aše s břichem, ale neměla jsem kam jít. Asi 14 dní jsem nespala, byla jsem úplně vyřízená, tak jsem si řekla už konec, šla na sociálku a do druhého dne byla v Bohnicích na detoxu“*.

Špatný fyzický stav (vyčerpání, únava, neschopnost postarat se o dítě)

Ženy – uživatelky drog jsou ve většině případů podvyživené a vyhublé (mají poruchy příjmu potravy, nebo v důsledku užívání drog často rychle ztrácejí na váze – pervitin, kokain): *„Rodiče tehdy hrozili, že dají malou do Klokánku a že to nahlásí sociálce. Už jsem to nevládala ani fyzicky, nemohla jsem malou uzvednout, jak jsem byla slabá“*.

Rozhodnutí abstinovat v těhotenství

Ačkoliv výzkumy týkající se těhotných uživatelék drog potvrzují, že **dítě** a **těhotenství** nemotivuje k abstinenci, 3 respondenty tento fakt vyvrátilo. Například:

„Chtěla jsem moc dítě, měla jsem na to věk. Vždycky jsem věděla, že když náhodou otěhotním, tak přestanu brát. To bylo daný. Kdybych neotěhotněla, tak bych brala doted“. Respondentka 6: *“Vždycky jsem věděla, že jediný, co mě z toho dostane je dítě!”*

Zdravotní komplikace

Uživatelé drog často sdílejí injekční materiál, což se týká i těhotných uživatelů, kdy ani v době těhotenství nedodržují pravidla „bezpečného užívání“. Dochází tak ke **zdravotním komplikacím**, které ale neohrožují klienta bezprostředně na životě a bez testování tak klienti často o nich ani neví. Jedná se nejčastěji o hepatitidu C (5 respondentek), v ojedinělých případech HIV (0 respondentek). Nedostatečná hygiena spojená s životem na ulici způsobuje hepatitidu typu A, B (4 respondentky). Uživatelé také často provozují nechráněný pohlavní styk – trpí sexuálně přenosnými chorobami, které nerozpoznají a nevěnují jim pozornost (2 respondentky): *„Dvakrát jsem prodělala žloutenku A, jednou B a C, mám vyléčenou syfilis“*. Nepoužívání filtrů, nebo špatně filtrovaná droga způsobuje neprůchodnost žilního systému a následné otoky: *“Kromě vyléčené žloutenky A a B mám doted špatný žíly a oteklý ruce“*. Některé respondentky trpí v důsledku užívání drog úzkostmi, paranoiou a depresemi, mají medikována antidepresiva: *“Mám zlé sny z minulosti, strach. Když jsem v komunitě dostala sankci a plela jsem, viděla jsem všude bývalého přítele s nožem“*. Respondentka 4: *“Občas se nemůžu hýbat ani dýchat – údajně traumata z minulosti, který se objevily až teď. Nemůžu být sama na pokoji a mám speciálního garanta, kterej se tím tady v doléčováku zabývá a pomáhá mi je řešit“*.

Na základě odpovědí respondentek byly určeny kategorie, **které uživatelky s dětmi motivují k abstinenci**. U každé respondentky bylo vždy zaznamenáno více kategorií. Pro větší přehlednost byla vytvořena tabulka s kategoriemi motivů a příslušným počtem odpovědí respondentů (viz tabulka 5).

Tabulka 5 Motivy k abstinenci

Kategorie motivů	Celkem
Hrozba soudního odebrání dítěte/ soudní odebrání dítěte	7
Bydlení na ulici	2
Chování dítěte	1
Špatný fyzický stav (vyčerpání, únava, neschopnost postarat se o dítě)	2
Událost vnímaná jako významná ztráta (úmrtí matka, pes)	2
Rozhodnutí abstinovat v těhotenství	3
Věk, stanovení hranic	1

Na závěr analýzy dat byly metodou selektivního kódování určeny centrální kategorie - **aktivní a pasivní motivy k abstinenci**, ke kterým byly přiřazeny výše uvedené kategorie motivů (viz tabulka 6).

Tabulka 6 Rozdělení motivů k abstinenci

Pasivní motivy	Aktivní motivy
Soudní odebrání dítěte/ hrozba soudního odebrání dítěte (7)	Rozhodnutí abstinovat v těhotenství (3)
Bydlení na ulici (2)	Věk, stanovení hranic (1)
Špatný fyzický stav (2)	
Agresivní chování dítěte (1)	
Událost vnímaná jako významná ztráta (úmrtí matka, pes) (2)	

12.2 Cíl 2: Popsat motivy, které mají vliv na setrvání v léčbě u uživatelů s dětmi

V rámci mapování motivů, které mají vliv na setrvání v léčbě u uživatelů matek s dětmi, bylo důležité zjistit, **zda se léčily z vlastního rozhodnutí, nebo k léčbě byly donuceny (soudně nařízená léčba, OSPOD, rodina)**. Ve třech případech byly respondenty v léčbě vlivem **OSPODU**, hrozilo jim soudní odebrání dítěte/ dětí: „První tři měsíce na Karlově jsem chtěla odejít, přemlouvala jsem sociálku, že to zvládnou venku, ale ona trvala na tom, abych zůstala v komunitě. Až Pak se to ve mně zlomilo a začala jsem vnímat, co terapeuti říkají“. Respondentka 10: „Eliška měla předběžný opatření, když se narodila. Bylo to domluvený se sociálkou a stáčíkem, že až se narodí, půjdu na detox a pak s ní na Karlov“. Další 2 respondenty chtěly

předejít umístění svého dítěte do kojeneckého ústavu, nebo dětského domova: „*jediná moje motivace jít se léčit byla, aby Tomášek nešel do ústavu, abych byla s ním, kvůli tomu jsem byla na Karlově*“, nebo „*úplně z prvopočátku jsem se léčila jen kvůli malý, abychom mohly být spolu*“. Jedna respondentka se rozhodla nastoupit do léčby, protože věděla, že jí na propustku dají děti, které jí odebrali: „*Protože jsem věděla, že mi v komunitě vrátí děti a já tam budu moct být s nima*“.

Ani jedna z respondentek neměla soudně nařízenou ústavní léčbu a nenastoupila léčbu nátlakem rodiny.

Také **působení terapeutů** v léčebném zařízení měli vliv na vstup do léčby u jedné respondentky: „*Ve druhém těhotenství jsem uvažovala o potratu, ale když mi terapeutka v kontaktním centru navrhla, že bych se mohla jít léčit do komunity pro matky s dětma, byla jsem překvapená, že taková komunita vůbec existuje a rozhodla se, že půjdu*“. Rovněž hrál roli **kontakt s léčebným zařízením**, s kterým jedna respondentka udržovala kontakt v průběhu své drogové kariéry: „*Z detoxu mě vyhodili za porušení pravidel, tak jsem se vrátila na stan a ještě týden brala a ve staci jsme sháněli jinej detox. Už jsem uvažovala, že dám Elišku k adopci, ale pak jsem už nastoupila na detox do Jihlavy a dotáhla léčbu do konce*“.

Z výpovědí respondentek je zřejmé, že v léčbě hraje roli **osobnost terapeutů** a jejich vlídný přístup ke klientům: „*Sama nevím, proč jsem v tý léčbě byla, ale byli tam hrozně fajn terapeuti. Znali nás, měli jsme s nima hodně osobní vztahy. V doléčováku se mi pak často stejskalo a brečela jsem, že už nejsem v komunitě*“. Samotný **proces léčby** (režim, dodržování pravidel atd.) měl vliv na setrvání v léčbě u některých klientek, které z počátku nechtěly abstinovat: „*Začátky byly krušný, protože jsem holka z ulice, takže jsem si nenechala jen tak něco líbit. Doted' se musím hodně držet, uvědomovat si, že jsem matka od dítěte, jsem taková tvrdší. Nejdřív jsem nespolupracovala, byla jsem drzá, v nultý fázi jsem byla třeba jeden měsíc, kde jiný mámy jsou třeba jen 14 dní. Přestup do první i druhé fáze mi trval dýl, protože jsem to nedala napopravý. Ale dodalo mi to sílu, že chci abstinovat*“.

I když těhotné uživatelky drog nemají ve svém životě příliš vysoké ambice, často touží po fungující a milující rodině, kterou v dětství bohužel často neměly. **Touha po rodinných hodnotách** může být proto pro některé z nich také jedním z motivů setrvat v léčbě: „*chtěla jsem od života vždycky víc, než být na drogách a nechtěla*

jsem přijít o kluka, asi to chtělo padnout na dno. Chtěla jsem se už soustředit na sebe, na kluka a vytvořit mu pořádnou rodinu“, stejně tak jako věk: „šla jsem do komunity s tím, že jsem dost stará a mám odfetováno“.

Některé uživatelky drog věděly, že jediné, co je z drogové závislosti dostane je **těhotenství**: *„Kdybych neotěhotněla, tak bych brala doted‘. Vždycky jsem věděla, že když náhodou otěhotním, tak přestanu brát. To bylo daný. Sama od sebe jsem si pak vyřídila Karlov“.* Skutečnost, že respondentky nejsou v léčbě samy a že mají důvod proč se léčit, dodalo sílu nejedné respondentce: *„do léčby jsem šla s tím, že když mám Elišku, tak to dotáhnu do konce. To bych jí neudělala. Mám jí na celý život a žádný zadní vrátka neexistují“.* **Dítě pomohlo zvládnout chutě** a setrvat v léčbě respondentce, která s léčbou v komunitě nebyla spokojená: *„to bylo jen kvůli malý a chutě zvládám taky jen díky ní. Nejdřív jsem v komunitě hrozně bojovala, nechtěla tam být, nelíbilo se mi, že tam je malá pořád s vychovatelkou, protože jsem s ní neměla vazbu a potřebovala si na ni zvyknout. Byly jsme spolu málo a dodnes pochybuju, jestli to kvůli tomu byla ideální léčba“.* Náročnost léčby způsobila chutě, které respondentka zvládla také díky svému dítěti: *„měla jsem chutě velký, ale nechtěla jsem odejít, protože už byl pro mě primární Tomášek“.* I když respondentky zprvu nastoupí do léčby kvůli dítěti, je důležitým momentem chvíle, kdy si uvědomí, že to **dělají i pro sebe**: *„Úplně z prvopočátku to bylo jen kvůli malý, abychom mohly být spolu, postupem času jsem to dělala i pro sebe“.*

Na setrvání v léčbě mělo vliv i to, že respondentky neměly domov, neměly se kam vrátit: *„v Bohnicích to bylo proto, že jsem neměla kam jít“,* nebo žily dlouhodobě na ulici: *„řekla jsem si, že by to mohl bejt dobrej azylák po dlouhý době na ulici“.*

V praxi se často setkáváme se situací, kdy klienti léčbu předčasně ukončí, nebo absolvují již několikátou léčbu opakovaně v jednom zařízení, nebo vystřídají různá léčebná zařízení. V rámci interview bylo také zjišťováno, po kolikáté se matka z drogové závislosti léčí, případně kde a jak dlouho se léčila, kolikrát zrelapsovala a zda měla tato skutečnost vliv na úspěšné dokončení léčby s dítětem. 4 respondentky absolvovaly svoji první léčbu v TKK a řádně ji dokončily: *„do léčby jsem šla s tím, že když mám Elišku, tak to dotáhnu do konce. To bych jí neudělala. Mám jí na celý život a žádný zadní vrátka neexistují“.* 2 respondentky se léčily v TKK poprvé, po dobu 6 měsíců, ale léčbu se jim nepovedlo dokončit: *„Na Karlově jsem byla 6*

*měsíců, ale pak mě vyhodili, protože jsem byla drzá. Nechali mě tam až do porodu, já jsem si mezitím vyřizovala azylák“. Pro další 2 respondentky byla TKK již třetí léčbou: „První léčba byla v TK Bílá Voda, kde jsem vydržela 2, 5 měsíce, pak mě vyhodili za vztah. Po druhý jsem byla v psychiatrický léčebně v Jihlavě 2 měsíce. Byla jsem tam jen kvůli rodičům“. I přes dvě neúspěšné léčby respondentka léčbu v TKK dokončila s rituálem. „Ve 23 letech jsem nastoupila první léčbu na režimový oddělení v Bohnicích, kde jsem byla 3 měsíce. Bylo to proto, že mi přítel – neuživatel dal ultimátum. Po relapsu jsem šla na 1, 5 roku do Magdalény. Měla jsem tam i přes zákaz vztah, ale léčbu jsme oba řádně dokončili, pak jsme spolu žili a abstinovali celý 4 roky. Třetí léčbu v Karlově jsem pak taky dokončila s rituálem“. I když se respondentce povedlo všechny tři léčby řádně dokončit, přiznává, že během letošních prázdnin už dvakrát zrelapsovala. V Červeném Dvoře se poprvé léčily 2 respondentky: *“když mi vzali Dominika, tak jsem si vyřídila léčbu v Červeňáku. Tam jsem se seznámila s otcem Tomáška, vyhodili nás za vztah. Vydrželi jsme spolu týden venku a začali znovu fetovat. To už jsem v té době byla těhotná. 14 dní jsem neměla kam jít a když jsem byla úplně vyřízená, šla na sociálku a do druhýho dne byla v Bohnicích na detoxu a následně na Karlově. Šlo to pak rychle“*. Léčbu v Karlově pak řádně dokončila. Druhá respondentka chtěla v Červeném Dvoře primárně skončit jen s jednou drogou – heroinem, do léčby ji též donutili rodiče: *“po třech měsících jsem z léčebny odjela tzv. vláčkem – to bylo pro všechny, co chtěli odejít“*. Respondentka pak užívala 10 let pervitin. V době těhotenství si dala dle jejích slov párkrát, také těsně před porodem, což potvrdily testy – rozbor smolky u dítěte. Docházela pak ambulantně 4 měsíce do denního stacionáře o. s. Sananim, léčbu řádně dokončila.*

Druhým výzkumným cílem bylo **popsat jednotlivé motivy, které mají vliv na setrvání v léčbě uživatelé s dětmi**. V polostrukturovaném interview bylo zjišťováno, jestli respondentky byly v léčbě z vlastní vůle, nebo byly donuceny, jakou roli sehrálo dítě a těhotenství na setrvání v léčbě atd. Pro větší přehlednost byla opět vytvořena tabulka (viz tabulka 7) zobrazující motivy setrvání v léčbě s příslušným počtem odpovědí respondentů. U každé respondentky bylo vždy zaznamenáno více motivů.

Tabulka 7 Motivy setrvání v léčbě

Kategorie motivů	Celkem
Osobnost, přístup terapeutů	1
Možnost být s dítětem, mimo ústavní péče	3
Léčebný proces, pobyt v komunitě	3
Dítě	3
Těhotenství	2
Dělám to pro sebe	2
Kontakt s léčebným zařízením	1
Věk	1
Střecha nad hlavou	1
Touha po rodinných hodnotách (vytvořit dítěti rodinu, vdát se, mít partnera)	1
Vnější tlak k léčbě (OSPOD, soudně nařízená léčba, rodina)	3

Na závěr analýzy dat byly metodou selektivního kódování určeny opět centrální kategorie - **aktivní a pasivní motivy setrvání v léčbě**, ke kterým byly přiřazeny výše uvedené kategorie motivů (viz tabulka 8).

Tabulka 8 Rozdělení motivů setrvání v léčbě

Pasivní motivy	Aktivní motivy
OSPOD (3)	Touha po rodinných hodnotách (1)
Střecha nad hlavou (1)	Věk (1)
Osobnost, přístup terapeutů (1)	Dělám to pro sebe (2)
Soudně nařízená léčba (0)	Kontakt s léčebným zařízením (1)
Nátlak rodiny (0)	Těhotenství (2)
	Dítě (3)
	Možnost být s dítětem/ mimo ústavní péče (3)

12.3 Cíl 3: Popsat jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek

Často se setkáváme s předsudkem, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změnila svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti. Z rozhovoru vyplynulo, že jedné respondentce se povedlo **abstinovat po celou dobu těhotenství**: „před otěhotněním jsem už dva roky abstinovala, protože jsem věděla, že chci dítě. I celý těhotenství jsem byla čistá a po porodu když jsem kojila, to jsem se držela“, druhá respondentka **abstinovala částečně**: „vždycky jsem věděla, že když náhodou otěhotním, tak přestanu brát. Brala jsem do třetího měsíce, než jsem šla na detox k Apolináři“.

Některé respondentky (4) v průběhu těhotenství **snížily dávky drogy**: „dávala jsem si jenom proto, aby mi nebylo zle, abych neměla abstrák, ne víc, abych se zmastila. Žaludek by mi stejně víc nedovolil“, nebo „v těhotenství jsem brala stejný dávky subutexu (cca 2 mg), ale perníku míň, po tom mi bylo zle“. 2 respondentky dokonce snížily i **frekvenci užívání drogy**: „za celý těhotenství jsem si dala dvakrát, třikrát za měsíc“, nebo snížily dávky drogy a frekvenci užívání současně: „v těhotenství jsem si dohromady dala tak 20. a to ještě minimální dávku“. **Způsob dávkování** změnila v souvislosti s těhotenstvím 1 respondentka: „za celý těhotenství jsem si dala dvakrát, třikrát za měsíc, nejdřív jsem šňupala, pak i.v.“.

Uživatelky pervitinu si v době těhotenství často stěžují na **nevolnost a zvracení**. Často tak některé rozpoznají, že jsou těhotné: „po dávce mi bylo často špatně, bylo vidět, že to dceři neprospívá“. Některé těhotné uživatelky berou drogy i přes to, že jim užívání v těhotenství neprospívá. Často tak zahání stavy smutku, depresí, když neví kudy kam: „po dávce mi bylo taky hodně špatně, zvracela jsem, proto jsem si dávala jen v krizi – období hádek, když mě rodiče nutili, ať dám děti k adopci, protože to nezvládnou, přítel zase říkal, že si je necháme“.

3 respondentky užívající drogy v těhotenství předčasně porodily: „Malou jsem porodila už v 7. měsíci, takže jsme pak ještě byly nějakou dobu v porodnici“.

Kvůli nevolnostem jedna z respondentek **vynechala drogu** úplně: „vynechala jsem pervitin, po tom mi bylo úplně špatně“, jedna respondentka v pokročilém stádiu těhotenství přešla z pervitinu na alkohol a marihuanu: „brala jsem až do sedmého měsíce, pak už jsem hodně cítila pohyby, tak jsem kouřila trávu a pila alkohol, abych se vyrovnávala s chutěma na perník“. Hned po porodu ale opět začala užívat pervitin.

I když těhotné uživatelky berou drogy, často pak mají **výčitky svědomí**: „měla jsem hrozný myšlenky, nebylo mi nic moc. Špatně jsem jedla a pak jsem i brečela a měla stavy lítosti, ale spíš to bylo o pocitech, než o myšlenkách“. Jedna z respondentek uvedla, že výčitky kompenzovala jídlem: „výčitky jsem měla většinou až potom. To jsem snědla třeba celou lednici, abych dítěti dodala živiny“. Pro některé respondentky je lepší být pod vlivem drogy, protože si ve střízlivém stavu uvědomují důsledky užívání drog: „když jsem byla střízlivá, tak jsem si to všechno uvědomovala, co dělám, prožívala jsem to, že mi ji vzali a hrozně jsem brečela“.

Pokud jsou těhotné uživatelky v kontaktu s léčebným zařízením, je jim v případě závislosti na opiátech doporučována substituční léčba. Ani jedna z respondentek užívajících opiáty (heroin) nebyla evidována v žádné substituční léčbě. Pokud subutex v těhotenství užívaly, získávaly ho většinou na černém trhu nelegálně: „*v těhotenství jsem přešla na subutex hlavně z toho důvodu, že zavřeli mého dealera*“ a také proto, že byl cenově výhodnější než heroin: „*pak jsem si ho kupovala, hlavně když nebyly peníze na heroin. Brala jsem až ho do porodu každý den*“.

Naopak se můžeme u těhotných uživatelek setkat i se skutečností, že **Dávky drogy v těhotenství zvyšují**. Některé respondentky to zdůvodňují tím, že si značnou část dávky vezme dítě: „*dokonce jsem si musela vzít i větší dávku, normální, jedna čára nestačila – neúčinkovala, musela jsem si dát o půlku o jednu víc*“. Zvyšováním dávky chtějí někdy potlačit skutečnost, že jsou těhotné: „*jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná, chtěla jsem jít na interrupci, ale partner mě přemluvil, ať si to necháme. O to víc jsem pak brala, snažila se to nevnímat, potlačit, spíš mě to omezovalo*“, nebo „*brala jsem až do porodu každý den, těhotenství jsem se snažila přetlout, nevnímat a šlo to*“. Užíváním větší dávky drogy se často těhotné uživatelky vyrovnávají s důsledky způsobenými jejich drogovou kariérou: „*já jsem právě fetovala v té době, když mi vzali Leontýnu moc, protože když jsem byla střízlivá, tak jsem si to všechno uvědomovala, co dělám, prožívala jsem to, že mi ji vzali a hrozně jsem brečela. Zvyšovala jsem dávky pervitinu, takže ten nášleh byl koncentrovanější*“.

4 respondentky uvedly, že jejich těhotenství bylo neplánované, nechtěné. Z toho 2 přemýšleli o interrupci, kterou nakonec odmítly: „*Jakmile jsem zjistila, že jsem těhotná, chtěla jsem jít na interrupci, ale partner mě přemluvil, ať si to necháme*“. **Interrupci** podstoupila 1 respondentka: „*V roce 2009 jsem byla na potratu. Tehdy jsem to pokládala za to nejlepší řešení*“, podruhé dala čerstvě narozené dítě k adopci: „*nebyla jsem si jistá, že to dám a že to dítě chci, tak jsem ji dala k adopci. V tu dobu jsem to pokládala za to nejlepší, co můžu udělat. Nechtěla jsem, aby skončila v pěstounské péči, nebo v děčáku*“. Jedna z respondentek podstoupila několik interrupcí ve velmi krátkém časovém horizontu z donucení své matky: „*Od 22 – 26 let jsem byla čtyřikrát na potratu, do kterých mě donutila máma*“. Sama pak byla překvapena, že znovu otěhotněla, protože předpokládala, že děti už nikdy mít nebude: „*A když jsem zjistila, že jsem zase těhotná, bála jsem se to doma říct, aby mě zase máma neposílala na potrat. Tak jsem to tajila až do 4. měsíce*“ a viděla to

jako šanci k ukončení své drogové kariéry, stejně tak jako další 4 respondentky, které těhotenství plánovaly: *“a pak se to nějak vyvinulo, že mi umřel pes a já jsem během 24 hodin otěhotněla a už byla rozhodnutá, že končím”*.

2 respondentky ze strachu **přerušily kontakt s léčebným zařízením**: *„Přestala jsem chodit do káčka, aby nevěděli, že jsem těhotná, bála jsem se, že na mě zavolaj sociálku“,* nebo *„k doktorovi jsem nechodila vůbec. To jsem se bála“*. Některé těhotné uživatelky, které v braní drog **pokračují**, svoje počínání **racionalizují - vysvětlují, zdůvodňují proč brát**: *„Já jsem fetovala několikrát denně, ale měla jsem vždycky tu normu – jakmile bylo nad deset čárek ve stříkačce, tak jsem si nedala. Vždycky maximálně deset a zbytek až když mi to nestačilo. A nebylo to kvůli malýmu, já jsem se bála o svůj život! A říkala jsem si, že jako správná máma si dám deset, protože se tam přece nebudu válet a ona na mě bude koukat. Takže jsem si dala takovej nášleh, abych jí mohla obsloužit, uklidit a povídat si s ní“*. Situace u jedné respondentky byla tak neúnosná (drogy, problémy s partnerem), že chtěla spáchat sebevraždu: *„jednou jsem si taky chtěla vzít život, to ale skončilo jen týdenním pobytem na psychiatrii“*.

Abychom mohli zjistit, **jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek**, dotazovali jsme se respondentek, zda jejich těhotenství bylo chtěné/ nechtěné, jestli v souvislosti s těhotenstvím změnily drogu, snížily, nebo zvýšily dávkování, způsob užívání drogy. Dále bylo zjišťováno, zda docházely do substituční léčby, jaké měly pocity při požití drogy atd. Veškeré odpovědi respondentů byly k přehlednosti uspořádány do okruhu kategorií s příslušným počtem odpovědí respondentů (viz tabulka 9). U každé respondentky bylo vždy zaznamenáno více odpovědí.

Tabulka 9 Těhotenství v drogové kariéře klientek

Kategorie	Celkem
Abstinence/ částečná abstinence	2
Předčasný porod	3
Snižování dávky drogy/ frekvence užívání	4
Vynechání drogy	1
Zvracení, nevolnost	5
Výčitky, brek, lítost	5
Pokračovala bez změny	2
Zvyšování dávky drogy	3
Změna drogy, způsobu dávkování	2
Snaha potlačit, nevnímat těhotenství	2
Myšlenky na interrupci/ reálné interrupce	4
Přerušení kontaktu s léčebným zařízením	2
Tajení těhotenství	1
Dání dítěte k adopci	1
Vysvětlování, zdůvodňování proč brát	1
Substituční program	0
Předčasný porod	3

Příslušné kategorie byly opět rozděleny do centrálních kategorií - **vlivy negativní**, **pozitivní** a **psychosomatické projevy**, které braní drog doprovázely (viz tabulka 10). Dělení bylo provedeno na základě subjektivního pohledu klientek (jak situaci posuzovaly zpětně v době interview), ne z pohledu výzkumníka. Etické aspekty jsou v některých případech velmi sporné a nebylo záměrem tohoto výzkumu je posuzovat.

Tabulka 10 Rozdělení vlivů v drogové kariéře klientek

Negativní vlivy	Pozitivní vlivy	Psychosomatické projevy
Pokračovala bez změny (2)	Odmítnuté interrupce (2)	Zvracení, nevolnost (5)
Zvyšování dávky drogy (3)	Vynechání drogy (1)	Výčitky, brek, lítost (5)
Reálné interrupce (2)	Dání dítěte k adopci (1)	Předčasný porod (3)
Přerušení kontaktu s léčebným zařízením (2)	Snižování dávky drogy/ frekvence užívání (4)	Snaha potlačit, nevnímat těhotenství (2)
Změna způsobu dávkování drogy (1)	Abstinence/ částečná abstinence (2)	
Vysvětlování, zdůvodňování proč drogy brát (1)		
Tajení těhotenství (1)		
Pokus o sebevraždu (1)		
Substituční program (0)		

13 Shrnutí výsledků

13.1 Otázka č. 1: Jaké jsou jednotlivé motivy k abstinenci

uživatelé - matek s dětmi?

Z odpovědí respondentek vyplývá, že nejčastějšími důvody k abstinenci jsou **motivы pasivní**. Mnoho respondentkám **hrozilo soudní odebrání dětí, nebo jim děti byly z péče přímo odebrány**. Další motivy byly zastoupeny již v menší míře - respondentky začaly abstinovat nástupem do léčby, pro níž se rozhodly na základě dlouhodobého života na ulici a squatech. **Fyzická neschopnost postarat se o dítě** (vyčerpání, slabost, únava) v důsledku užívání drog motivovala k abstinenci jednu respondentku.

Některé respondentky uvedly jako motiv k abstinenci **Událost vnímanou jako významnou ztrátu** (úmrtí matky a psa). Pro jednu z respondentek byla motivace **narůstající agrese jejího dítěte**, které na ni mělo vztek, když ji vidělo pod vlivem drogy.

Méně jsou zastoupeny **aktivní motivы** k abstinenci u uživatelé - matek s dětmi. Tři respondentky byly rozhodnuté abstinovat, pokud **otěhotní**, věděly, že jediné, co je z drogové závislosti dostane je jejich dítě. Jedna respondentka si sama stanovila **věkovou hranici**, kdy začne abstinovat.

Naopak, **demotivujícím faktorem je partner** respondentek – ve většině případů uživatel drog.

Rozsáhlé **zdravotní komplikace** (hepatitida A, B, C, syfilis) a **zaměstnání** rovněž nemá vliv na abstinenci respondentek.

13.2 Otázka č. 2: Jaké jsou jednotlivé motivy, které mají vliv na setrvání v léčbě u uživatelé – matek s dětmi?

Na setrvání v léčbě měly u respondentek především **vlivy aktivní**. **Léčebný proces, pobyt v komunitě**, kde si respondentky postupem času zdoláváním úkolů a překážek uvědomovaly, že chtějí abstinovat. **Kontakt s léčebným zařízením** – denním stacionářem, pomohlo setrvat v léčbě respondentce, kterou vyhodili z detoxu za porušení pravidel.

Díky **dítěti** a **těhotenství** setrvaly v léčbě respondentky, které se zprvu vůbec léčit nechtěly.

Možnost být s dítětem v léčbě, dodávalo sílu respondentkám. Které nechtěly, aby jejich dítě bylo umístěno do dětského domova nebo kojeneckého ústavu.

U jedné respondentky byl motivací opět **věk** – věděla, že už je stará a má drogovou kariéru za sebou a také **touha po rodinných hodnotách** (vdát se, mít partnera, vytvořit dítěti rodinu). Dvě respondentky byly v léčbě postupem času i **díky sobě**, chtěly se začít soustředit samy na sebe.

Tři respondentky se léčily z důvodu **hrozby soudního odebrání dítěte**, jedna respondentka vydržela na detoxu z důvodu, že **neměla kam jít** a pro jednu respondentku byl důvodem **osobní a vstřícný přístup terapeutů**, po kterém se jí později stýskalo. Ve všech třech případech se jedná o **pasivní motivy** setrvání v léčbě.

Respondentky, které primárně nastoupily do léčby pod tlakem OSPODU, léčbu předčasně neukončily, žádná z respondentek neměla soudně nařízenou léčbu a žádná z respondentek nenastoupila do léčby na nátlak rodiny.

Počet absolvovaných a nedokončených léčeb v minulosti, neměl u respondentek vliv na setrvání v léčbě s dítětem.

13.3 Otázka č. 3: Jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek?

Těhotenství mělo na drogovou kariéru respondentek jak **pozitivní**, tak **negativní** vlivy a téměř vždy jej doprovázely **psychosomatické projevy**. Mezi pozitivní vlivy patří zcela jistě **abstinence**, nebo **částečná abstinence**. Jedna respondentka se rozhodla v průběhu celého těhotenství i po něm abstinovat úplně, jedna respondentka začala abstinovat od třetího měsíce těhotenství. Čtyři respondentky v těhotenství **dávky a frekvenci užívání drogy** alespoň **snížily**, jedna z respondentek při polymorfním užívání jednu drogu dokonce vynechala úplně. I když dvě respondentky uvažovaly o **umělém přerušení těhotenství**, nakonec **odmítly** a v důsledku podstoupily řádnou léčbu. Jedna respondentka se rozhodla dát hned po

porodu své **dítě k adopci**, protože byla rozhodnutá, že to bylo v té době pro dítě nejlepší řešení.

K negativním vlivům je řazeno **zvyšování dávky drogy** v době těhotenství - dávka drogy nebyla dostačující. Dvě respondentky **pokračovaly** v braní drogy **beze změny**, i když si těhotenství byly vědomy, při čemž si své počínání **racionalizovaly**. **Způsob dávkování drogy** (ze sniff na i. v) změnila jedna respondentka, rovněž se také pokusila o **sebevraždu**. **Umělé přerušení těhotenství** v relativně krátkém časovém rozmezí čtyřikrát podstoupila jedna respondentka z donucení své matky, a když otěhotněla popáté, **těhotenství se snažila** do poslední chvíle **tajit**. Jedna respondentka byla na umělém přerušení těhotenství jedenkrát. Některé z respondentek **přerušily** ze strachu **kontakt s léčebným zařízením**, do kterého původně docházely. Konkrétně šlo o přerušení kontaktu s nízkoprahovým zařízením a s ambulantním gynekologem. Žádná z respondentek rovněž nebyla registrována v substitučním programu.

U pěti respondentek bylo braní drog v těhotenství doprovázeno **zvracením a nevolností**, zvláště po pervitinu. Proto drogu často vynechávaly a jedna respondentka nahrazovala chybějící drogu alkoholem a THC. Často u respondentek samozřejmě docházelo **k výčtkám** zvláště po požití drogy. Dvě respondentky se snažily těhotenství **potlačit a nepřipouštět** a z toho důvodu dávky drogy také zvyšovaly. U třech respondentek došlo k předčasnému porodu.

14 Doporučení

Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury týkající se drogové problematiky těhotných uživatelék drog, navrhuji následující doporučení práce s touto cílovou skupinou:

1. Zohledňování gender při tvorbě nových a úpravě stávajících služeb:

- zapojování uživatelék drog do navrhování, plánování, realizace, sledování a hodnocení programů pro ně určených, účast na komunitním plánování,
- více specializovaných, anonymních a podpůrných služeb pro ženy – uživatelky drog, především pro těhotné,
- více rezidenčních léčebných programů pro ženy,
- více prenatálních poraden pro těhotné uživatelky drog,
- dostatek azylových domů pro ženy, které užívaly drogy a byly vystaveny násilí.

2. Rozvoj spolupráce adiktologických zařízení a zdravotnických institucí:

- například spolupráce mezi adiktologickými službami a gynekologicko – porodnickými pracovišti.

3. Zlepšení informovanosti odborného zdravotnického personálu a personálu drogových služeb:

- větší míra znalostí z oblasti drogové problematiky u lékařů a gynekologů (větší empatie a všímavost s rizikovou ženou, včasné řešení problému, zvýšení informovanosti gravidním uživatelkám o nebezpečnosti konzumace drog na zdravý vývoj plodu, letáky v čekárnách),
- poskytovat klientkám informace o metodách bezpečného sexu (používání kondomu) a také diskutovat zvýšené rizikové faktory (např. rizikový sexuální partner),
- pracovníci drogových a zdravotnických služeb by měli podporovat kontakt matky s dítětem, učit matku, jak má o dítě pečovat, jak s ním trávit volný čas, jak zlepšovat psychomotorický vývoj dítěte, řeč atd.

4. Rozvoj citlivého přístupu při práci s těhotnými uživatelkami, nebo matkami užívající drogy:

- pracovníci by se měli snažit jednat s co nejméně zatížení negativními předsudky a stereotypy a nepřispívali tak ještě k silnější stigmatizaci klientky,
- fakt, že žena užívá drogy, by neměl vést automaticky k přesvědčení, že je špatnou matkou a o dítě nemá zájem. Na druhou stranu je také stigmatizující očekávat od klientky, která otěhotnění, že automaticky změní svůj postoj k drogám a začne abstinovat,
- pomoc, by měla být zaměřena vícevrstevně, kdy v rámci terapie bude věnována pozornost ženě samotné, otci a podpoře vztahu s dítětem,
- je důležité, aby pracovníci přijali i možnost, že chce klientka podstoupit interrupci nebo vzdát se péče o dítě a tyto možnosti s ní diskutovali.

5. Rozvoj služeb péče o dítě těhotných uživatelék, nebo matek užívající drogy:

- například zavedení školek při doléčovacích programech, aby matky mohly chodit do práce, vyřizovat náležitosti spojené s péčí o dítě atd.

15 Omezení studie a kvalita dat

Na začátku sběru dat jsem se potýkala s problémem získat a oslovit cílovou skupinu respondentek (výzkumný vzorek). Stále se totiž jedná o skrytou a početně méně zastoupenou cílovou skupinu uživatelů drog. Oslovená kontaktní centra neměli dostatečný počet respondentek a léčebná zařízení, která s touto cílovou skupinou pracují je v České republice stále málo. Následně jsem se potýkala s neochotou léčebných zařízení, kdy mi vedením nebylo umožněno interview zrealizovat. Podmínkou totiž bylo absolvování týdenní stáže, která byla z kapacitních důvodů možná až v příštím roce. Kladnou odpověď jsem dostala až z doléčovacího centra v Českých Budějovicích, kde jsem skrz první respondentku dostala kontakt na další respondentky z doléčovacího centra s chráněným bydlením o. s. Sananim v Praze. Respondentky jsem tedy dále oslovovala osobně a tato cesta se ukázala jako mnohem méně komplikovaná.

Jelikož všechny dotazované respondentky byly ve fázi doléčování, jedná se o retrospektivní studii. Jako omezení studie proto vidím v možném zkreslení – neaktuálnosti výpovědí respondentek. Respondentky hodnotily svoji situaci zpětně, odpovídaly na otázky týkající se jejich minulosti, je tudíž možné, že nějaké informace zapomněly zmínit, nemohly si je vybavit. V některých interview bylo rušivým elementem přítomnost dítěte, které vyžadovalo pozornost respondentky a výzkumníka.

Jistou autentičnost a aktuálnost výpovědí respondentek by mohla zvýšit triangulace použitých metod ve výzkumném šetření – například obsahová analýza dokumentace respondentek v době léčebného procesu a konzultace s terapeuti. Z výše uvedených důvodů ale nebylo možné tuto validizaci dat uskutečnit.

16 Diskuze

Nyní se pokusím získané informace konfrontovat s výsledky z již realizovaných výzkumů na podobné téma. Nejprve porovnáám samotný výzkumný soubor. Tvořilo ho 10 respondentek – žen, ve věkovém rozpětí 26 – 38 let. (Průměrný věk respondentek je 31, 6 let), s diagnózou závislosti na pervitinu a opiátech. Průměrná délka závislosti je 11 let, způsob aplikace intravenózní.

Podle Bindera a Vavřinkové (2007), kteří srovnávali těhotné uživatelky drog s těhotnými obecně a popisují drogově závislé jako mladší, vykazuje náš výzkumný vzorek respondentek v průměru vyšší věk (31,6 let). Je to dáno tím, že v průběhu výzkumného šetření byly respondentky již ve fázi doléčování, jejich děti byly starší, nicméně i v době gravidity, kdy respondentky užívaly drogy, byl jejich průměrný věk vyšší v porovnání s těhotnými uživatelkami obecně - 25,7 let.

Průměrná délka závislosti v době gravidity respondentek byla 7,2 let, způsob aplikace drogy intravenózní. Nejdelší dobu závislosti v době otěhotnění (10 let), zaznamenali Binder a Vavřinková (2007) v rámci zařízení nemocnice, způsob aplikace také převážně intravenózní.

Skupina těhotných uživatelek drog žije podle Farrella (1999) s partnerem, který je také ve většině případů uživatel drog. Farrell (1999) dále popisuje, že těhotné uživatelky často pochází z nižších socioekonomických tříd, mají nižší vzdělání. Všechny uvedené respondentky v době těhotenství partnera měly, ve všech případech se jednalo o uživatele drog. Socioekonomický status respondentek nebyl v rámci výzkumného šetření zjišťován, nicméně 5 respondentek má základní vzdělání a 5 respondentek vzdělání střední, což je v porovnání se skupinou těhotných uživatelek obecně vzdělání nadprůměrné.

Významným znakem těhotných uživatelek drog je také nezaměstnanost. Mezi uživatelkami opiátů jde o téměř 80% nezaměstnanost (Farrell, 1999). Všechny respondentky byly v době výzkumného šetření na mateřské dovolené, některé měly příležitostné brigády. V době gravidity pracovalo 5 respondentek z 10, což si vysvětlují tím, že respondentky měly střední vzdělání a tím větší šanci k pracovním příležitostem.

Podle demografických charakteristik v Zuckermanově et al. studii (1989) probíhající v Boston City Hospital bylo 78 % gravidních uživatelék drog svobodných. U českých pacientek je dle Bindera a Vavřínkové (2007) svobodných přes 90 %. Toto tvrzení se shoduje i s rodinným stavem našich respondentek – 8 svobodných, 1 vdaná, 1 rozvedená.

Nyní budeme porovnávat výsledky výzkumu na základě stanovených cílů v diplomové práci. 7 respondentek začalo primárně abstinovat a nastoupilo léčbu z důvodu soudního odebrání dítěte, nebo proto, že jim dítě bylo z péče již odebráno, pouze 2 respondentky dospěly později k rozhodnutí, že se léčí kvůli sobě. Shoduje se to s tvrzením Nevšimala et al. (2007) a Hanzala (2009), že motivací matek k léčbě je často hrozba odebrání dítěte z péče či naděje získání dítěte zpět do péče, že motivace je většinou pasivní a dána sekundárními dopady abúzu návykových látek („*musím, jsem donucena, už nechci zažívat*“). Úspěšné dokončení léčby 8 respondentek si vysvětlují tím, že během léčby došlo k objevení pozitivních zdrojů motivace (Nevšimal et al., 2007), ke kterým patří učení dovedností spojenými s péčí o dítě a způsob soužití s dítětem.

Podle Nevšimala (2007) je také zajištění bydlení a stravy pasivní motivace k léčbě, což se ukázalo u dvou respondentek.

Miovský, 2003 rozlišuje čtyři úrovně motivačních faktorů: **1. zdravotní a psychické, 2. sociálně-psychické, 3. sociální, 4. trestně-právní.** Uvádí, že z hlediska kvality pro potencionální zahájení léčby jsou seřazeny dle významnosti shora dolů. Pokud tedy klient netrpí žádnými zdravotními problémy, bolestmi, psychologickými problémy atd., nemívá obvykle mnoho důvodů se léčit. Důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. V našem výzkumném šetření devět z deseti respondentek uvedlo jako zdravotní komplikace způsobené užíváním drog žloutenku typu A, B, C a syfilis, neprůchodnost žilního systému. Jedna respondentka uvedla, že má důsledkem užívání drog „vymleto“, občas má problém se vyjádřit. Všechny respondentky mají špatné zuby. Ani jedna z výše uvedených zdravotních komplikací nebyla důvodem k abstinenci a zahájení léčby. Jako možný důvod vidím to, že se ve všech případech jedná o zdravotní komplikace, které jsou

bezbolestné a bezprostředně neohrožovaly respondentky na životě, proto jim nevěnovaly pozornost. Respondentky byly s výskytem prodělané žloutenky také někdy seznámeny až v první fázi léčby prostřednictvím krevních testů.

3 z 10 respondentek má v současnosti psychické problémy spojené s užíváním drog v těhotenství. U jedné respondentky se jedná o suicidální myšlenky a paranoidní stavy, při kterých vidí svého bývalého přítele s nožem, respondentka trpí úzkostmi. Další z respondentek má traumata z minulosti – občas se nemůže hýbat a dýchat, rovněž trpí úzkostmi a depresemi. Třetí respondentka bere antidepressiva, často trpí pocity osamělosti. Jmenované psychické problémy rovněž nebyly důvodem k abstinenci u uvedených respondentek, což si vysvětlují tím, že se uvedené problémy projeví až ve fázi abstinence (v léčebném, nebo v doléčovacím programu).

V oblasti duševního a tělesného zdraví se ukázala značná nejednotnost motivace mezi léčenými uživatelkami s dětmi a bez dětí. Maierová v roce 2009 provedla dotazníkové šetření týkající se motivace klientek dobrovolné léčby v TK Podcestný Mlýn. Ukázalo se, že v 86 % byly klientky motivovány k léčbě v oblasti duševního zdraví, následovalo zdraví tělesné.

Další motivační rovinou, která je od klienta více vzdálena je dle Miovského (2003) nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj. čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. V případě našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že z této roviny je u našich respondentek zastoupen jen motiv dítěte zmiňovaný již dříve, ostatní jmenované subjekty (rodiče, partner, zaměstnavatel) nebyly ani u jedné respondentky motivem zahájit léčbu. Naopak můžeme říci, že partner byl faktor demotivující, protože byl sám uživatel drog a jak uvádí Hanzal (2007), je pro klientky ve většině případů rizikem relapsu.

Maierová (2009) uvedla oblast vztahů jako třetí (86 %) nejčastější motiv k léčbě klientek TK Podcestný Mlýn, následuje oblast pracovní (69 %).

Za nejméně kvalitní vstupní motivaci považuje Miovský (2003) povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám, které se ukazují být jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročné na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně. Žádná z respondentek neměla soudně

nařízenou léčbu, což může být jedním z důvodů úspěšného dokončení léčby u 8 respondentek. V této motivační rovině se shodují i výsledky dotazníkového šetření Maierové (2009). Vzhledem k tomu, že klientky měly problémy se zákonem, ale nyní nejsou ve vězení, je tato oblast motivuje ke změně nejméně (49 %).

3 respondentky v průběhu gravidity zvyšovaly dávky drogy, dle jejich slov „*fetovaly moc*“. Řešily tím tak vzrůstající stres spojený s odebráním dítěte, nebo snahu těhotenství „*přetlouct a nevnímat*“. Se stejným tvrzením se setkala i Koňáková (2011), která ve své bakalářské práci zjišťovala, jak ovlivnilo těhotenství uživatelé návykových látek přístup k řešení jejich závislosti. Jistá respondentka ve zmiňované studii měla obrovské výčitky svědomí, když jí po „*nášlehu*“ dítě v břiše „*lítalo*“. S výčitkami se v našem výzkumu setkávala většina respondentek, jedna z nich měla dokonce po „*nášlehu*“ stejné zážitky. Dále se ukázalo, že respondentky díky braní drog uvažují o interrupci, nebo jí přímo zrealizují.

Mezi další vlivy, které braní drog v těhotenství doprovázejí, je změna způsobu dávkování drogy. V našem výzkumném šetření přešla ze sniffu na intravenózní způsob aplikace 1 respondentka, oproti tomu Koňáková (2011) ve své výzkumné studii zmiňuje u jedné respondentky snížení dávky drogy v době těhotenství a přechod z intravenózní aplikace drogy na sniff s myšlenkou „*menšího zla*“ pro dítě. Taktéž 4 respondentky v našem výzkumném šetření v době těhotenství snižovaly dávky drogy.

Dalším autorem, který se zabývá problematikou neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen je Salvová (2009) ve své diplomové práci. V jedné ze svých případových prací popisuje u respondentky vynechání drogy – heroinu při polymorfním užívání (heroin a pervitin). Respondentka dále pokračovala v užívání pervitinu jak během těhotenství, tak i po porodu, ztratila kvůli tomu o sobě veškeré iluze. Co se týče užívání pervitinu v těhotenství, je to velmi zajímavé zjištění, protože respondentky tázané v našem výzkumném šetření uváděly po požití pervitinu časté nevolnosti a zvracení. Z toho důvodu dávky drogy snižovaly, 1 z respondentek pervitin dokonce vynechala úplně.

V další případové studii uvádí Salvová (2009) u jedné respondentky v době těhotenství úplnou abstinenci od drog. Respondentka přestala užívat pervitin ze dne na den bez odborné pomoci, následně abstinovala celé těhotenství a 2 roky po

porodu. Se stejným případem jsme se setkali i u jedné naší respondentky, která těhotenství plánovala, abstinovala už 2 roky před otěhotněním, celé těhotenství i v průběhu kojení. Pak ale začala ze dne na den s drogovým partnerem.

Mnoho respondentek také uvedlo, že jakmile zjistily, že jsou těhotné, pokoušely se s užíváním drog přestat, to se jim bohužel ale ve většině případů nedařilo. Jedna z našich respondentek začala abstinovat od třetího měsíce těhotenství. Také Salvová (2009) potvrdila částečnou abstinenci od třetího měsíce těhotenství u jedné z dotazovaných respondentek.

Závislé matky mívají dle Nepustila (2012) se svými dětmi většinou jen minimální kontakt. Podíl může mít i negativní zkušenost s vlastní matkou, negativní postoj okolí k drogově závislé matce. Se stejnými případy se setkala Koňáková (2011) i my v našem výzkumném šetření u dvou respondentek – v době drogové kariéry nechávaly děti často doma u svých rodičů, příbuzných, staraly se minimálně.

Závislé matky často čelí sociálnímu odsouzení, z toho důvodu i méně často vyhledávají a navštěvují léčebné služby (Vobořil, 2003). Není tomu tak ve všech případech, i když respondentky v době těhotenství užívaly drogy, některé z nich navštěvovaly prenatální poradny. Jedna z respondentek dokonce uvedla, že na pravidelné lékařské prohlídky chodila vždy „zmaštěná“ a sama byla překvapena, že si doktor ani sestra ničeho nevšimli. Od té doby ví, že lze zamaskovat vše. I některé respondentky ve výzkumné studii Salvové (2009) uvádí, že navštěvovaly prenatální poradny a skutečnost, že užívají drogy před doktorem tajily.

V případové studii Salvové (2009) jedna respondentka své těhotenství zpočátku ignorovala, poté, co její těhotenství nebylo možné přehlédnout, svoji závislost bagatelizovala a odmítala se o svém stavu bavit. Se snahou ignorovat, potlačit a nevnímat těhotenství jsme se v naší studii také setkali u dvou respondentek a namísto bagatelizace jsme se u další respondentky setkali s racionalizací – rozumové zdůvodnění, vysvětlení proč drogy brát. Z uvedených tvrzení bychom mohli usuzovat, že těhotné uživatelky často používají obranné mechanismy (racionalizace, popření, bagatelizace, aj), kterými se vyrovnávají se skutečností, že v době těhotenství užívají drogy.

Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci těhotné ženy na dobu, kdy ji bude klientka schopna podstoupit. Zahrnuje postupy, kdy je uživatelce pod lékařským dohledem podáván místo drogy opioid v množství, které potlačuje abstinenci příznaky. Odpadají tím i rizika spojená s intravenózním užíváním, neboť většina preparátů je podávána perorální cestou, takže se zároveň zlepšuje i kvalita života uživatele (Binder & Vavřínková, 2007; Kailová, 2009). Bohužel, v současné době stále přibývá problémových (injekčních) uživatelů buprenorfinu, díky nedostatečné kontrole preskripce a výdeje tohoto preparátu. Dochází tak k úniku buprenorfinu na černý trh, který probíhá především jako obchod s malými množstvími tablet mezi jednotlivými uživateli (Mravčík, V., et al., 2012). Tuto skutečnost potvrzuje také Salvová (2009), která provedla ve své výzkumné studii rozhovor s respondentkami, které byly účastnice substituční léčby a s látkou nakládaly podle svého uvážení – aplikovaly si ji samy intravenózně. V našem výzkumném šetření žádná z uvedených respondentek nedocházela do substituční léčby, přitom 2 respondentky dávky Subutexu® získávaly na černém trhu a zacházely s ní stejným způsobem.

Tvrzení, že těhotenství žen – uživatelék bývají neplánovaná a nechtěná (Preslová & Maxová, 2009; Fulcher, 2008), jsme v našem výzkumném šetření částečně vyvrátili. 4 z našich dotazovaných respondentek těhotenství plánovaly, 3 respondentky těhotenství neplánovaly, ale dítě chtěly. Se stejnou skutečností se setkala také Salvová (2009) ve své výzkumné studii, kdy respondentky těhotenství plánovaly a chtěly. Často tak doufaly, že automaticky změní svůj postoj k drogám a začnou abstinovat.

Binder a Vavřínková (2007) popisují u těhotných uživatelék drog riziko častějších předčasných porodů, než u žen – neuvivatelék. Ke stejným závěrům došla i Kailová (2009), která ve své výzkumné studii zjišťovala následky užívání psychotropní látky u plodu. 106 ze 112 dotazovaných porodních asistentek uvedlo jako jeden z nejčastějších následků užívání drog v těhotenství předčasný porod. Současně jsme se i s tímto tvrzením setkali u několika našich respondentek, porod u nich proběhl kolem sedmého měsíce těhotenství. Důvodem předčasného porodu bývá v častých případech infekce, která je u matek uživatelék v těhotenství běžným jevem. Bakterie vyprodukují složitým enzymatickým procesem vyplavení hormonu prostaglandinu, který vyvolá děložní kontrakce a následný porod (Čech et al., 2006).

17 Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, **zda je dítě motivace k abstinenci a jakou roli hraje otěhotnění v užívání drog ženami.**

Z hlediska porovnání zjištěných dat s jinými výzkumnými studiemi a odbornými zdroji nepřináší studie překvapivá zjištění. Dítě je pro více než polovinu respondentek motivace pasivní. Matky nastoupily léčbu z důvodu hrozby soudního odebrání dítěte, po porodu měly předběžné opatření umístění dítěte do ústavní, nebo pěstounské péče. 1 respondentka chtěla nástupem do léčby získat děti zpět do své péče.

Zajímavým zjištěním je, že i když motivace respondentek k léčbě byla pasivní, 8 z 10 respondentek léčbu řádně dokončilo. Respondentky tuto skutečnost přisuzují léčebnému procesu – zdolávání překážek v komunitě, působení terapeutů, postupné zvědomování si role matky. Na základě výpovědí respondentek můžeme usuzovat, že u nich během léčby docházelo k objevení pozitivních zdrojů motivace – jedná se především o způsob soužití s dítětem, zvyšování sebevědomí způsobené vyšší mírou kompetencí spojených s péčí o dítě. Zajímavé je rovněž zjištění, že větší polovina respondentek dítě plánovaly a chtěly.

Dalším výzkumný záměr by si mohl dát za cíl zmapovat míru motivace matek k léčbě pomocí motivačního dotazníku TCU Treatment motivation scale. Dotazník se zaměřuje na 4 motivační oblasti – rozpoznání problému s drogovou závislostí, připravenost k léčbě, přání pomoci a vnější tlak k léčbě (Institute of Behavioral Research, 2012). Zjištění vstupní motivace by mohlo být zajímavým indikátorem dalšího procesu léčby. Terapeut by v práci s danou klientkou věděl na co se zaměřit a zvýšit tak její motivaci k léčbě.

I přes zjištěnou graviditu, 8 respondentek pokračovalo v užívání drog. Pouze jedné respondentce se podařilo abstinovat v průběhu celé gravidity i v době kojení, 1 respondentka abstinovala od 3. měsíce gravidity.

V době užívání drog během gravidity se u respondentek vyskytovaly obvyklé jevy zaznamenané v obecné populaci drogově závislých matek. Jednalo se zejména o záměrnou snahu **snížovat frekvenci užívání a dávky drogy** (4 respondentky). Polovina respondentek, uživatelék pervitinu, v důsledku užívání drog v těhotenství **zvracela a trpěla nevolnostmi**, rovněž polovina respondentek měla po požití drogy

výčitky, ale i přesto v užívání drogy pokračovaly. 3 respondentky předčasně porodily. Rovněž u 3 respondentek jsme se setkali s použitím obranných mechanismů – **racionalizace a popření**. Respondentky se tak vyrovnávaly se skutečností, že v graviditě užívají drogy. 2 respondentky podstoupily v době drogové kariéry **interrupci**, 2 respondentky o ní vážně uvažovaly. 1 respondentka dala své první dítě hned po porodu **k adopci** a u 3 respondentek došlo k předčasnému porodu.

Naopak alarmujícím zjištěním ve studii bylo, že 3 respondentky v průběhu gravidity **zvyšovaly dávky drogy**, protože běžná dávka nestačila. 1 respondentka **změnila způsob dávkování drogy** ze sniff na i. v. Žádná z respondentek nebyla registrována **v substitučním programu**.

Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury týkající se drogové problematiky těhotných uživatelék drog, byla navržena následující doporučení práce s touto cílovou skupinou:

1. **Zohledňování gender při tvorbě nových a úpravě stávajících služeb.**
2. **Rozvoj spolupráce adiktologických zařízení a zdravotnických institucí.**
3. **Zlepšení informovanosti odborného zdravotnického personálu a personálu drogových služeb.**
4. **Rozvoj citlivého přístupu při práci s těhotnými uživatelkami, nebo matkami užívající drogy.**
5. **Rozvoj služeb péče o dítě těhotných uživatelék, nebo matek užívající drogy.**

Použitá literatura a zdroje

Bedrnová, E. & Nový, I. (2007). Psychologie a sociologie řízení. Praha: Management Press.

Binder, T. & Vavřínková B. (2007). Návykové látky v těhotenství. Specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence. *Zaostřeno na drogy*, 5(4), 2 – 11. Praha: Úřad vlády České republiky.

Blinick, G., Wallach, R. C., Jerez, E. & Ackerman, B. D. (1976). Drug addiction in pregnancy and the neonate. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 125(2), 135 - 142.

Corbinová, J. & Strauss A. (1999). Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie (s. 12 – 39). Brno: Sdružení Podané Ruce, Boskovice: Albert.

Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B., Binder, T. & Calda, P. et al. (2006). Porodnictví. Praha: Grada.

Day, E. & Sanju, G. (2005). Management of drug misuse in pregnancy. *Advances and Psychiatric Treatment*, 11(4), 253 – 261.

Dobiášová, D., Broža, J. & Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In: Kalina et al., Základy klinické adiktologie (s. 121 – 130). Praha: Grada Publishing.

Eisen, L. N., Field, T. M., Bandstra, E., Roberts, J. P., Morrow, C., ... Larson, S. K. (1991). Perinatal cocaine effects on nonatal stress behavior and performance on the Brazelton Scale. *Pediatrics*, 88(3), 477 - 480.

EMCDDA. (2006). Annual Report 2006: Selected issues. Selected issue 2: A Gender Perspective on Drug use and Responding to Drug Problems. Lisbon: EMCDDA.

Farrell, E. (1999). Women, Children and Drug use. A Collection of Papers on Drug Issues in Ireland. Internal document. Dublin: The Health Research Board, Drug Misuse Research Division.

Frouzová, M. (1996). Ženy a drogy. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 31(5), 269 - 275.

Fulcher, G. M. (2008). Motherhood and Motivation for substance abuse treatment and behavior change. A dissertation work. Berkeley: University of California.

Hanzal, P. (2007). Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách: záchrana, nebo zhouba? *Adiktologie*, 7(3), 378 - 385.

Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In: I. Preslová & V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy & drogy 2009 (s. 23 – 30). Praha: Sananim.

Hartlová, H. & Hartl, P. (2000). Psychologický slovník (s. 328). Praha: Portál

Hartnoll, R., Griffith, P., Taylor, C., Hendricks, V., Blanken, P. Nollimal et al. (2003). Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule. Snowball sampling (s. 19 – 21). Praha: Úřad vlády ČR.

Heller, J. & Pecinová, O. (1996). Závislost známá neznámá. Praha: Grada Publishing.

Institute of Behavioral Research, Texas Christian University. (2012, April 4). Forms TCU Treatment Motivation. Retrieved from <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/motivation.html>

Kailová, K. (2009). Specifika péče o ženy závislé na psychotropních látkách. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha: A. N. O., Sananim o. s.

Karásková, I. (2012, March 12). *Subutex: vysvobození ze závislosti, nebo droga na předpis?* Retrieved October, 8, 2013, from Drug Information Server website: <http://www.drogy.net/nazory/subutex-vysvobozeni-ze-zavislosti-nebo-droga-na-predpis.html>

Koňáková, A. (2011). Těhotenství uživatelů návykových látek. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

Kotková, V. (2009). Ženy na detoxu. In: I. Preslová & V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy & drogy 2009 (s. 55 – 59). Praha: Sananim.

Kratochvíl, S. (2008). Pojem terapeutické komunity. In: K. Kalina (Ed.), Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí (s. 17 – 20). Praha: Grada Publishing.

Kratochvíl, S. (2005). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén.

Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 208 – 214). Praha: Úřad vlády České republiky.

Lainz, J. (2010). Motivační rozhovory jako metoda práce s klienty v pomáhajících profesích. Diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové.

Maierová, E. (2009). Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Matejovská, I. (2007). Násile v partnerských vztázech závislých žien. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 42(1), 25 - 36.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M. & Bartošíková, I. (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 25 – 29). Praha: Úřad vlády České republiky.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu (138 – 277). Praha: Grada.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L.,... Kiššová, L. et al. (2012). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 (s. 64). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková M., Nečas, V., Škařupová, K.,...Šťastná, L. et al. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nakonečný, M. (1997). Motivace lidského chování. Praha: Academia.

Nakonečný, M. (1998). Základy psychologie. Praha: Academia.

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová & R., Bártová, A. (2012). Užívání drog s obtížným přístupem k drogovým službám – situace v ČR: Analýza informačních zdrojů. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

Nevšímal, P. (Ed.). (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna.

NTA. (2010). Women in Drug Treatment: What the Latest Figures Reveal. London: The National Treatment Agency for Substance Minuse.

Plháková, A. (2003). Učebnice obecné psychologie (s. 319 – 385). Praha: Academia.

Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). (2009). Ženy & Drogy: Sborník odborné konference (11 – 55). Praha: Sananim.

Preslová, I. (2011). Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů (s. 13 - 14). Praha: Sananim.

Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. In I. Preslová & V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy & Drogy 2009 (s. 11 – 14). Praha: Sananim.

Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 244 – 248). Praha: Úřad vlády České republiky.

Rotgers, F., Keller, S. D. & Morgenstern J. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing.

Salvová, D. (2009). Problematika neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Sananim, o. s. (c 2007). *Praktické rady pro těhotné a matky – leták ke stažení*. Retrieved from [http://www.sananim.cz/denni-stacionar-\(dst\)/informace-pro-matky.html](http://www.sananim.cz/denni-stacionar-(dst)/informace-pro-matky.html)

Sananim, o. s. (c 2012). *Výroční zpráva 2012*. Retrieved from <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>

Sedláčková, S. (c 2001). *Systém péče o ženy užívající návykové látky v ČR*, heslo hoznauerova. Retrieved October 15, 2013, from Dropin website: https://docs.google.com/file/d/0B64gC9HX1k_3VUw4dkQwYmtPLXc/edit?usp=drive_web

Sedláčková, S. & Žižková B. (2007). Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 1, 47.

Schmidtová, T. (2009). Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog. In: I. Preslová & V. Maxová (Eds.), *Sborník odborné konference Ženy & drogy 2009* (s. 85 – 88). Praha: Sananim.

Stará, V. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro praxi*, 10(6), 382 - 384.

Van Baar, A. & De Graaf, B. M. T. (1994). Cognitive development and preschool-age of infants of drug – dependent mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36(12), 1063 - 1075.

Velemínský, M. & Žižková, B. (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.

Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 238 – 243). Praha: Úřad vlády ČR.

Wilson, G. S., McCreary, R., Kean, J. & Baxter, J. C. (1979). The development of preschool children of heroin-addicted mothers: A controlled study. *Pediatrics*, 63(1), 135 – 141.

Zuckerman, B., Frank, D. A., Hingson, R., Amaro, H., Levenson, S. M. & Kayne, H. (1989). Effect of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *The New England Journal of Medicine*, 320(12), 762 – 768.

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam okruhů otázek do semistrukturovaného interview

Anamnestické údaje o klientce

1. Kolik vám je let?
2. Jak dlouho jste užívala drogy?
3. Jaké drogy jste užívala?
4. Máte v současné době trvalé bydliště?
5. Máte v současné době partnera?
6. Má v současné době práci?
7. Kolik máte dětí?
8. Jaké máte vzdělání?
9. Jaký léčebný program jste absolvovala, případně jak dlouho trvala Vaše léčba?

Struktura rozhovoru

Cíl 1: popsat jednotlivé motivy k abstinenci uživatelék s dětmi

1. Co bylo důvodem k tomu, že jste přestala brát drogy?
2. Pokud jste měla partnera, jakou roli sehrával ve Vašem životě? Podporoval Vás v mateřství a abstinenci? Máte v současnosti partnera?
3. Pokud jste měla práci, co pro Vás v životě znamenala? Jakou jste vykonávala práci? Máte v současné době práci?
4. Hrozilo Vám někdy soudní odebrání dítěte? Co jste v takové situaci dělala?
5. Máte zdravotní komplikace způsobené užíváním drog?

Cíl 2: popsat motivy, které mají vliv na setrvání v léčbě u uživatelék s dětmi

6. Bylo to Vaše rozhodnutí léčit se, nebo Vás k tomu někdo donutil?
7. Měla jste někdy soudně nařízenou léčbu?
8. Už jste se předtím někdy léčila? Pokud ano, jak dlouho? Kolikrát jste zrelapsovala?

Cíl 3: popsat, jakou roli sehrálo těhotenství v drogové kariéře klientek

9. Co Vám pomáhalo/pomáhá k tomu, abyste setrvala v léčbě?
10. Uvažovala jste před těhotenstvím už někdy dříve o změně k abstinenci? Pokud ano, v jaké situaci? Z jakého důvodu se to nepovedlo? Co tomu zabránilo?

11. Změnila jste způsob dávkování, nebo drogu v souvislosti s těhotenstvím?
12. Byla jste registrována v nějakém substitučním programu v době těhotenství?
13. Jaký vliv mělo těhotenství na Vaši drogovou kariéru? (Pokračovala jste v braní drog, začala, nebo přestala?)
14. Hrozil Vám předčasný porod, porodila jste předčasně?
15. Jaké pocity ve Vás vyvolávala myšlenka na těhotenství při požití drogy?
16. Bylo Vaše těhotenství chtěné/nechtěné?
17. Co pro Vás konkrétně znamená slovo rodičovství?